FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1965.

THÈSE

N° 569

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Université)

PAR

André, Adrien MALAGAL MOUNET

né le 15 octobre 1922 à DIKAMAG (Cameroun)

Présentée et soutenue publiquement le

LES HEPATOMEGALIES FEBRILES

Etude générale à propos d'un cas
de kyste hydatique suppuré du foie observé
personnellement à Paris.

Président : Monsieur J. L. LORTAT-JACOB, *Professeur*

EDITIONS A.G.E.M.P. - 8 RUE DANTE - PARIS V°

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1965. — **THÈSE** N° —

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Université)

PAR

André, Adrien MALAGAL MOUNET

né le 15 octobre 1922 à DIKAMAG (Cameroun)

Présentée et soutenue publiquement le

LES HEPATOMEGALIES FEBRILES

Etude générale à propos d'un cas
de kyste hydatique suppuré du foie observé
personnellement à Paris.

Président : Monsieur J. L. LORTAT-JACOB, *Professeur*

EDITIONS A.G.E.M.P. - 8 RUE DANTE - PARIS V°

UNIVERSITEITSBIBLIOTHEEK - LEIDEN -

15-12-1963

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Mouquin (M.), Olivier (E.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN . . . . . Gaston CORDIER.

1er ASSESSEUR . . . . . Daniel BARGETON

2e ASSESSEUR . . . . . Paul CASTAIGNE

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
— —	DOGNON (A.)
— —	DJOURNO (A.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Gérontologie expérimentale	N...
Histoire de la médecine et de la chirurgie	JOANNON (P.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
— —	BRICAIRE (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	DEPARIS (M.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BARGETON (D.)
—	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Biochimie médicale	DESGREZ (P.) / POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Pharmacologie	LÉVY (Mlle J.)
Physiologie	DEJOURS (P.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.) / GOUGEROT (L.)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	SOULIÉ (P.)
Cliniques chirurgicales — Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
Cliniques chirurgicales — Cochin	LEGER (L.)
Cliniques chirurgicales — Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
Cliniques chirurgicales — Pitié	CORDIER (G.)
Cliniques chirurgicales — Saint-Antoine	GOSSET (J.)
Cliniques chirurgicales — Salpêtrière	SICARD (A.)
Cliniques chirurgicales — Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales — Broussais	MILLIEZ (P.)
Cliniques médicales — Broussais	LENÈGRE (J.)
Cliniques médicales — Cochin	BROUET (G.)
Cliniques médicales — Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
Cliniques médicales — Lariboisière	SÈZE (S. de)
Cliniques médicales — Pitié	DREYFUS (G.)
Cliniques médicales — Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
Cliniques médicales — Saint-Antoine	BOUDIN (G.)
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale infantile de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales — Baudelocque	LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales — Foch (Suresnes)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
— — (Cochin)	OFFRET (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	N...
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)
Clinique urologique (Cochin)	ABOULKER (P.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique	PADOVANI (P.)
Séméiologie médicale	DOMART (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales	POILLEUX (F.)
Séméiologie traumatique et orthopédique	JUDET (R.)
Clinique urologique (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	N...

b) Professeurs à titre personnel :

Hydrologie et climatologie	GIBERTON (A.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.)
Médecine	AZERAD (E.)
Médecine	BOUR (H.)
Médecine	LAMBLING (A.)
Médecine	LHERMITTE (F.)
Médecine	PEQUIGNOT (H.)
Médecine	PERRAULT (M.)
Médecine	SIGUIER (F.)
Médecine	WORMS (R.)
Oto-Rhino-Laryngologie	MADURO (R.)
Pneumo-Phtisiologie	KREIS (B.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)

	MM.
Pathologie chirurgicale	BARCAT (J.) BINET (J.-P.) BLONDEAU (Ph.) CERBONNET (G.) CHATELIN (C.-L.) DAUTRY (P.) DEMIRLEAU DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GALEY (J.-J.) GARBAY (M.) GARNIER (H.) GAUDART-d'ALLAINES (Cl. de) GERMAIN (A.) LATASTE (J.) LOYGUE (J.) MAILLARD (J.-N.) MERCADIER (M.) NATALI (J.) PELLERIN (D.) PERROTIN (J.) PREMONT (M.) ROBERT (H.) THOMERET (G.) VAYSSE (J.)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Pathologie expérimentale	BERTHAUX (P.) COTTENOT (Fr.) LŒPER (J.) Pr. s. ch. MAURICE (J.) MIKOL (Cl.) PAUPE (J.-R.)
Pathologie médicale	ACAR (J.) AUQUIER (L.) AUSSANNAIRE (M.) BEAUMONT (J.-L.) BERNIER (J.-J.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRISSAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CANIVET (J.) CARLOTTI (J.) CATINAT (J.) CHRÉTIEN (J.) CLOAREC (M.) COBLENTZ (B.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) DEBRAY (J.) ÉTIENNE (J.-P.) FREZAL (J.) FRITEL (D.) FUNCK-BRENTANO (J.-L.) GRIVAUX (M.) HAZARD (J.) HENNEQUET (A.) HIMBERT (J.) HOUSSET (E.) LAGRUE (G.) LESOSRE (R.) LEVEQUE (B.) MACREZ (C.) MOREAU (L.) NENNA (A.) NICK (J.) POULET (J.) ROYER (P.) TCHERDAKOFF (Ph.) THIBAULT (Ph.) TOURNEUR (R.) VILLIAUMEY (J.) WOLFROMM (R.)

	MM.
Pédiatrie-Puériculture	ALAGILLE (D.) ALISON (J.) CANLORBE (P.) GORIN (R.) LAFOURCADE (J.) LEPERCQ (G.) LESTRADET (H.) MALLET (R.) MANDE (R.) MINKOWSKY (A.) MOZZICONACCI (P.) POLONOVSKI (C.) REY (J.) RIBIERRE (M.) ROSSIER (A.) VIALATTE (J.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.) LECHAT (P.)
Physiologie	BARRES (G.) DURAND (J.) GIRARD (Fr.) m. conf. HUGELIN (A.) LAURENT (D.) SCHERRER (J.) pr. s. ch. VASSEUR (B.)
Physique médicale	CHANTEUR (J.) COURSAGET (J.) GREMY (F.) m. conf. MILHAUD (G.) PAGÈS (J.-Cl.) PELLERIN (P.) ROUCAYROL (J.-C. pr. s. ch. TUBIANA (M.) m. conf.
Pneumo phtisiologie	DECROIX (G.) ISRAEL (L.) MEYER (A.) RENAULT (P.) SORS (Ch.)
Psychiatrie infantile	DENIKER (P.) DUCHE (D.) FLAVIGNY (H.)
Radiologie médicale	DUBOST (J.) LEFEBVRE (J.) MICHEL (J.-R.)
Rhumatologie	MASSIAS (P.)
Stomatologie	CAUHEPE (J.) CERNEA (P.) CHAPUT (Mme A.) m. c. agr. CREPY (Cl.) FLEURY (R.) GRELLET (M.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.) FOUET (P.) LABET (R.) MARCHE (J.)
Urologie	AUVERT (J.) MOULONGUET (A.) QUENU (L.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAITRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.
Anatomie	CABROL (C.) COUINAUD (C.) GILLOT (C.) HUREAU (J.)
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) pr. s. ch. ABELANET (R.) CHOMETTE (G.) GOUYGOU (Ch.), pr. s. ch. NEZELOFF (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)
Anesthésiologie	N. du BOUCHET (Mme) KERN (E.) VOURC'H (G.)
Bactériologie	BARBIER (P.) pr. s. ch. CHRISTOL (D.) DAGUET (G.) LE MINOR (L.) TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	BAULIEU Et. m. conf. BOURILLON (R.) CARTIER (P.) pr. s. ch. CORNILLOT (P.) DREYFUS (J.-Cl.) GONNARD (P.) JEROME (H.) KRUH (J.) LEGRAND (J.-Cl.) NORDMANN (J.)
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	PLAS (F.)
Biologie médicale	BENHAMOU (J.-P.) BOIVIN (P.) HARTMANN (L.) pr. s. ch.
Carcinologie	BOIRON (M.) DENOIX (P.) MATHE (G.) SELIGMANN (M.)
Cardiologie	HATT (P.-Y.)
Dermato-Syphiligraphie	CIVATTE (J.) DUPERRAT (B.) HEWITT (J.) TOURAINE (R.)
Electro-Radiologie	HEITZ (F.) m. conf. LEDOUX-LEBARD (G.)
Embryologie	ROUX (Ch.)
Hématologie	BESSIS (M.) BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.) DUHAMEL (G.)
Histologie	COUJARD (R.), pr. s. ch. DA LAGE MAROIS (M.) RACADOT (J.) SCHRAMM (B.)
Hydrologie	BESANÇON (F.) CORNET (A.)
Hygiène	BLANCHER (G.) CORRE-HURST (Mme L.) ROUSSEL (A.) SAPIN-JALOUSTRE (H.)
Maladies infectieuses	DUPONT (V.) LISSAC (J.) RAPIN (M.)
Maladies métaboliques	ANTOINE (B.) CROSNIER (J.) RICHET (G.) SEBAOUN (J.)
Médecine légale	BOURGUIGNON (A.) FOURNIER (E.) GUENIOT (M.) HADENGUE (A.)
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)
Neuro-chirurgie	PERTUISET (B.)
Neuro-Psychiatrie	CAMBIER (J.) CATHALA (H.) ESCOUROLLE (R.) GAUTIER (J.-Cl.) LAPRESLE (J.) LEREBOULLET (J.) PICHOT (P.) TARDIEU (G.)
Obstétrique	GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) LEVY (J.) LEWIN (D.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) SENEZE (J.) SUREAU (C.) TCHOBROUTSKY (Mme C.) THOYER-ROZAT (J.)
Ophtalmologie	AUVERT (Mme B.) BRÉGEAT (P.) DUBOIS (A.) FONTAINE (Mme M.) SARAUX (H.)
Orthopédie	DUPARC (J.) MAURER (P.) MEARY (R.) POSTEL (M.) RAMADIER (J.)
Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.) PIALOUX (P.) SERGENT (H.)
Parasitologie	GOLVAN (Y.) HO THI SANG (Mlle) LAPIERRE (J.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

	MM.
Anatomie	DEBEYRE (J.)
Clinique chirurgicale	VERNE (J.-M.)
Clinique médicale	RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)
Clinique obstétricale	GRASSET (J.) MAYER (M.) MORIN (P.)
Clinique ophtalmologique	DESVIGNES (P.)
Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique urologique	KUSS (R.)

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. - CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

BOLTANSKI (E.)
LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Conseiller administratif	Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs	Mlles DUMAITRE (P.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlle LAURENT (H.), Dr SCHILLER (J.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546825_0027

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et selon la tradition d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobe et méprisé de mes confrères si j'y manque.

oOo

Je dédie cette thèse

A mon Cher Pays :

LA REPUBLIQUE FEDERALE DU CAMEROUN

En témoignage de ma profonde reconnaissance.

A mon Père

A ma Mère

A mon Epouse

A mes Enfants

A mes Frères et Soeurs,

A tous les membres de ma famille paternelle et maternelle

A tous mes Beaux-Parents

A mes Amis

A Monsieur le Professeur J. L. LORTAT-JACOB

Professeur de Clinique Chirurgicale à la Faculté de Médecine de Paris,

Membre de l'Académie de Chirurgie,

Chef de Service de Chirurgie à l'Hôpital Beaujon,

Chevalier de la Légion d'Honneur

En témoignage de ma très déférente gratitude pour l'intérêt qu'il porte à ma thèse en la présidant.

A tous nos Juges de Thèse

En hommages respectueux, avec l'expression de mon très sincère dévouement.

A Messieurs les Professeurs Agrégés :

BENHAMOU
MAILLARD

de la Faculté de Médecine de Paris,
Médecins à l'Hôpital Beaujon

En témoignage de ma sincère reconnaissance.

A tous nos Maîtres de la Faculté

A tous nos Maîtres des Hôpitaux

En témoignage de ma gratitude.

A Monsieur le Docteur JACQUOT

De l'Hôpital Saint Joseph,

Qui tout en me prenant comme son élève, m'a considéré comme son ami durant 11 mois de stade très fructueux et à contribué efficacement à l'édification de cette thèse.

Qu'il veuille trouver ici l'expression de mon attachement, de ma sincère amitié et de ma profonde reconnaissance.

A Monsieur le Docteur DURIN

De l'Hôpital Saint Joseph

A qui j'adresse mes sincères remerciements.

A tous les Médecins de l'Hôpital Saint Joseph

qui ont bien voulu nous aider dans l'accomplissement de notre Stage interné dans cet établissement.

Qu'ils trouvent ici l'expression de mes sentiments respectueux.

INTRODUCTION

L'échinococcose est une parasitose commune à l'homme et à l'animal (chien, mouton, porc et certains animaux sauvages). Elle est connue depuis l'antiquité sous des appellations diverses suivant les pays, "hydropisie de la poitrine" pour les uns, "boules d'eau" pour les autres.

Sa répartition géographique dans le globe est inégale avec des foyers endémiques. Il existe deux formes d'échinococcose chez l'homme :

a) - la maladie hydatique,

b) - la forme alvéolaire avec des caractères très particuliers rappelant ceux d'un cancer et notamment la possibilité de métastases. Seule la maladie hydatique retiendra notre attention dans l'étude qui va suivre et en particulier le kyste hydatique primitif du foie dans sa forme suppurée.

L'hydatose peut atteindre tous les tissus et tous les organes avec une prédilection sur le foie, le poumon, le péritoine et l'os. Elle peut être primitive ou secondaire.

L'hydatose hépatique primitive représente le tiers de l'hydatose humaine. Elle a été particulièrement étudiée par le Professeur Félix DEVE qui a publié de remarquables travaux dont l'intérêt a suscité le premier congrès mondial de l'hydatose en 1951 à Alger.

La majorité des pays à endémicité échinococcique notamment l'Australie, l'Espagne, le Portugal, la Grèce, l'Afrique du Nord, les pays Sud-Américains, s'est penchée sur l'étude approfondie de ce sujet : des méthodes nouvelles de dépistage (radiologie de contraste, scintigraphie, laparoscopie) sont nées, le traitement chirurgical s'est enrichi de techniques modernes radicales, la prophylaxie a été mise en route d'une façon rationnelle.

L'application de ces procédés a considérablement amélioré le pronostic de l'hydatose réduisant ainsi la mortalité et l'infestation animale.

Le diagnostic du kyste hydatique primitif du foie (simple ou compliqué) que nous verrons ultérieurement, n'est pas chose aussi facile qu'on peut le croire, la clinique à elle seule ne suffit pas, les examens complémentaires (biologie, laparoscopie, radiologie) sont d'un précieux secours, parfois très déterminants, certaines consi-érati dérations géographiques, économiques, professionnelles apportent des renseignements d'appoint ou d'orientation.

La diversité des signes rencontrés dans le kyste hydatique compliqué (rompu ou suppuré) rend le diagnostic malaisé et nécessite une connaissance assez large des affections à gros foie, connaissance nous permettant de faire le point de la situation, elle n'empêche pas toujours les erreurs diagnostiques devant des cas difficiles.

Le traitement, surtout le traitement chirurgical a connu beaucoup de progrès mais il n'est pas parfait puisqu'il soulève encore des divergences thérapeutiques, le traitement du parasite est résolu, celui de la poche périkystique est à l'origine de toutes les discussions mais à côté de ces deux traitements, l'on ne doit pas négliger lors de l'intervention, l'exploration préalable des voies biliaires, et le traitement éventuel de leurs complications qui revêtent une importance considérable :

Notre étude comprend :

1 - l'observation médicale du kyste hydatique,

2 - la répartition géographique de l'hydatose dans le monde;

3 - l'anatomie pathologique,

4 - la symptômatologie,

5 - le diagnostic des hépatomégalies,

6 - le commentaire,

7 - le traitement chirurgical (les techniques utilisées, leurs avantages, leurs inconvénients et leurs indications.

8 - les conclusions générales.

oOo

OBSERVATION MEDICALE

Concernant Madame P.A.

Madame P.A., âgée de 32 ans, sans profession d'origine francaise demeurant à Malakoff (Seine) entre le 12 aout 1963 à l'Hôpital Saint Joseph. Service Médecine du Docteur JACQUOT, pour crises de "cholécystites" répétées.

Le début des troubles date du 20 juin 63, Vers la mi-juillet apparition brutale et sans prodrome en pleine nuit, d'une douleur épigastrique violente, s'accompagnant de vomissements. Le lendemain matin, la malade observe des urines très foncées. La douleur a disparu, la température est normale. Quelques heures plus tard, frissons d'apparition brutale. La température est à 40°. Son médecin lui prescrit : Pénicilline un million d'unités, I.M. et Tifomycine en suppositoires 6 suppositoires par jour. Malgré ce traitement, la température persiste à 40° avec frissons et subictère conjonctival. Quelques jours plus tard, un bilan hépatique pratiqué montre :

- un Hanger à 2 ++
- un Mac Lagan à 50 unités,
- 7.800 G.B. avec 69 % de polynucléaires neutrophiles,
- sels et pigments à 3 +++ dans les urines.

Les antibiotiques seront stoppés au septième jour et la malade sera soumise au cortancyl :

- 6 comprimés pendant 6 jours,
- 4 comprimés pendant 7 jours,
- 3 comprimés pendant 4 jours,
- 2 comprimés pendant 5 jours.

Le lendemain on observe alors une amélioration de l'état général, une stabilisation de la fièvre à 37°, en même temps qu'une disparition de la douleur.

Le 3 août, la malade se sent fatiguée et, à la suite d'un coup de poing de son fils de 2 ans, elle ressent une douleur très forte dans la région hépatique, douleur irradiant en arrière vers l'omoplate, l'épaule droite, bloquant la respiration en même temps que la température dépasse 38°.

Dès lors, la douleur persiste nuit et jour, la fièvre est variable de même que les urines qui sont tantôt claires, tantôt foncées. Il semble même qu'il fait un certain parallélisme entre l'intensité des douleurs et les poussées de fièvre.

Les antibiotiques sont alors repris :

- Tifomycine 4 comprimés pendant 2 jours,
- Tétracyne-oléandomycine pendant 4 jours,
- Dihydromycine-bipénicilline un million pendant 2 jours.

On observe de nouveaux vomissements alimentaires la fièvre est à 38°, et la malade est hospitalisée le 12 août.

- Antécédents :

En 1956, crises douloureuses dans l'hypochondre droit avec pyrexie et sans ictère.

A 17 ans, a eu une caverne pulmonaire du sommet droit traitée par pneumothorax.

A 21 ans, présente une vomique et, à la radiographie, une image hydroaérique de la base gauche, faisant porter le diagnostic de kyste hydatique opéré à Oran.

Deux grossesses normales.

A vécu en Algérie dans la région Oranaise jusqu'en décembre 62, mais on ne trouve aucune histoire amibienne, aussi bien chez elle que dans son entourage.

- Examen à l'entrée le 12 août

Température à 38°2

Douleur dans l'hypochondre droit lors de la respiration profonde.

Douleur provoquée dans la région vésiculaire mais également à la face postérieure de la base du thorax droit. Pas de douleur à l'ébranlement, pas de gros foie, pas de rate perçue. Le reste de l'examen est négatif, mis à part une discrète matité des 2 bases pulmonaires.

Aucune certitude diagnostique à l'entrée, l'on pense à :

- une cholécystite lithiasique
- un ictère viral prolongé
- un kyste hydatique.

- Le 19 aout

Depuis l'entrée, la courbe thermique montre une ascension d'un demi degré par jour de façon oscillante. A plusieurs examens, on retrouve une douleur à l'ébranlement provoqué, localisée au dernier espace intercostal droit, surtout dans la région postérieure.

Les différents examens pratiqués montrent :

- ni leucocytose, ni polynucléose, mais une éosinophilie à 5 %
- un Mac Lagan à 4 unités,
- un Hanger négatif
- un Gros à 1, 8
- un taux de prothrombine à 60 %
- la radio vésiculaire montre une grosse vésicule sans calcul
- le test de Casoni est négatif.

- Le 19 aout - consultation du Docteur CHEVALIER

Il pense à un abcès du foie probable et prescrit un traitement d'épreuve à l'émétine :

3 cg pendant 2 jours
4 cg pendant 17 jours, associé à la vitamine B_1 et à la coramine.

- Le 24 aout

L'émétine est relativement bien tolérée. On observe une chute régulière de la courbe thermique (actuellement à 38°) tandis que persiste le point douloureux au niveau du 10è espace intercostal.

Les examens de selles restent négatifs.

- Le 29 aout

L'émétine est bien moins tolérée.

- Chute tensionnelle à 8 - 4

Température à 37°4

Les douleurs hépatiques ont disparu.

- Le 2 septembre :

La malade a reçu 60 cg d'émétine (arrêt)

La température est à 37° - 37°5

Persiste une pesanteur dans l'hypocondre droit mais la V.S. est à 75 - 108

- Le 11 septembre

Depuis 2 jours on observe une élévation de la courbe thermique actuellement 37° 8 - 38°5

Bilan hépatique négatif.

Ni sel ni pigment dans les urines.

V.S. 96 - 122

Tandis que réapparaît la douleur, devenant typique en bretelle lors de l'inspiration, de l'épine de l'omoplate à la base inférieure du thorax droit.

- Le 15 septembre

Pour la première fois on observe :

- une hyperleucocytose (18.000) avec polynucléose 89 %
- la température redevient oscillante 38 - 39°
- hémoculture négative
- à la scopie, la coupole droite est surélevée et immobile sans réaction de la base pulmonaire.

La malade est remise alors à la tifomycine puis le 17 septembre à la pénicilline (20 millions d'unités) tandis que la température reste entre 38° et 39°.

Une nouvelle visite du Docteur CHEVALIER le 19 septembre pose l'intervention chirurgicale.

Ce même jour une scintigraphie va révéler l'existence d'une tumeur dans la région antéro-latérale droite et assez volumineuse.

L'intervention a lieu le 21 septembre.

- Compte rendu opératoire

- Médiane sus-ombilicale contournant l'ombilic par la gauche.

- A l'ouverture de la cavité abdominale la vésicule biliaire est petite. On reconnaît d'emblée la localisation droite de l'abcès

hépatique qui bombe la face inférieure du lobe droit. Libération de quelques adhérences existantes entre le foie et la vésicule.

- La voie biliaire principale est augmentée de volume de façon irrégulière.

- Après protection de la cavité abdominale on pratique une cholangiographie par le canal cystique. Les images obtenues ne sont guère satisfaisantes, aussi, pratique-t-on une cholédocotomie verticale à la partie moyenne de la V.B.P.

Celle-ci donne issue à un liquide épais, jaunâtre, nettement purulent sous pression où des vésicules semblent être reconnues.

- aspiration du liquide.

- On pratique alors un décollement duodéno-pancréatique, puis une sphinctérotomie cholédocienne après duodénotomie. Une fois la V.B.P. nettoyée, pose d'un drain de Kehr et fermeture de la duodénotomie. Dans un deuxième temps, ponction de la poche hépatique à l'aide d'un trocart avec injection immédiate de formol en solution, puis ouverture de l'abcès et aspiration du contenu. Au total près d'un litre de liquide aspiré.

- On agrandit alors l'ouverture de l'abcès. Une curette mousse ne ramène alors que quelques fragments de la membrane.

- Une sonde de Pezzer est placée dans la poche sortant par une contre incision latérale droite, ainsi qu'un drain placé dans la région sous-hépatique.

- Le drain de Kehr sort également dans le flanc droit.

- Fermeture de la paroi en 4 plans : Nylon et agrafes.

- Suites opératoires

Durant les premiers jours, drain de Kehr et drain hépatique (intra-kystique) donnent abondamment.

Au 9è jour, arrêt des antibiotiques, du Zymofren et des perfusions. Le drain de Kehr sera progressivement pincé. Au 15è jour, tandis que le drain de Kehr est clampé durant 3 fois 3 heures, on observe une petite fuite par le drain kystique; celui-ci sera surélevé. Les tests hépatiques pratiqués au 20è jour post-opératoire seront normaux : ni sels, ni pigments biliaires dans les urines.

Le drain de Kehr est bientôt fermé 24 heures (au 25 è jour) et on n'observe aucune fuite.

A noter que la cholangiographie (37è jour) associée à l'injection d'un produit opaque par la sonde de Pezzer (intrakystique) montre : V.B.P. normale, passage oddien satisfaisant, il n'existe plus de communication entre voies biliaires et poche gastrique.

La kystographie montre simplement l'opacité de la sonde, le reste de la poche étant totalement collabé.

48 heures plus tard, on enlève le drain de Kehr et la sonde de Pezzer, la malade quitte le service au 45è jour.

Etat général très satisfaisant, la malade a repris 2 kilos depuis son intervention. Etat pariétal satisfaisant, aucune fuite biliaire, transit normal.

- Le 18 juin 1964

La malade a été revue à l'Hôpital Saint Joseph pour bilan clinique :

- Etat général excellent,
- Poids : 65 kilos,
- Pas de troubles digestifs :
  - . appétit conservé,
  - . aucune intolérance alimentaire
  - . pas de diarrhée ni de constipation
  - . selles normalement colorées.
- Examen de l'abdomen normal :
  - . pas de gros foie,
  - . pas de douleurs hépatiques à l'ébranlement.

oOo

REPARTITION GEOGRAPHIQUE

La maladie sévit, d'une façon non uniforme sur tous les continents, sa fréquence est particulièrement élevée dans les pays d'élevage (moutons, boeufs), qui possèdent un nombre important de chiens. Jetons un coup d'oeil sur l'ensemble des continents.

A - EUROPE

I - Islande :

L'échinococcose y est très fréquente. La parasitose fut découverte depuis 1760 par DJARM POWELSEN. De 1865 à 1912, plusieurs auteurs dont JON FINSEN, G. MAGMISSON l'étudièrent :

- les femmes étaient plus atteintes que les hommes : 67 %
- les kystes rares chez les enfants, fréquents chez les adultes.

En 1923 EIKARSON opéra, de 1905 à 1923, 134 kystes avec prédominance chez les femmes.

En 1925, les statistiques vétérinaires décélèrent :

- un taux de 7 chiens pour 100 habitants,
- 12,5 % de moutons porteurs d'échinococcose.

En 1946, le taux d'infestation animale après autopsie se trouve en nette régression entre 0,20 et 0,50 pour 100.

NIELS DUGAL fit appliquer des mesures d'hygiène qui aboutirent à une régression de la maladie.

Actuellement l'Islande figure toujours sur la liste des pays du monde les plus infestés.

2 - Grande Bretagne

Affection peu fréquente chez l'homme malgré la multiplicité des moutons.

3 - Norvège

Maladie presque inconnue.

4 - Suède

Parasitose inexistante au début, quelques cas ont été opérés.

5 - Danemark

Maladie rare jadis. Selon GERTZ, en 1941, une douzaine de cas d'échinococcose humaine autochtone figure sur la littérature danoise.

6 - Allemagne

Deux provinces du nord sont particulièrement touchées :

Le Mecklembourg et la Poméranie.

En 1866, SIMON relève sur autopsies 8 cas sur 100

En 1924, SCHWAZ donne le pourcentage suivant pour les animaux :

- boeufs 11 % des animaux infestés,
- moutons : 40 %
- porcs : 11 %

Poméranie, jadis foyer endémique, forte régression depuis le 20è siècle. Peu d'intérêt dans le reste du pays.

7 - Hongrie

Maladie peu fréquente car population surtout agricole.

8 - Autriche - Bohème

Echinococcose hydatique très rare, échinococcose alvéolaire relativement fréquente.

9 - Belgique

L'affection existe chez l'homme, très rares cas chez le cheval.

10 - Suisse

Assez fréquente, les 2 formes anatomo-pathologiques sont à peu près équivalentes.

- échinococcose primitive : Lac Léman
- échinococcose alvéolaire : Nord - Est

- 11 - Pays Bas

Jadis foyer endémique.

Actuellement forte diminution de l'endémie par campagne prophylactique.

12 - France

Au début, foyers endémiques dans les régions suivantes :

- Les Landes,
- Le Languedoc méditerranéen
- La Provence
- La Corse
- La Haute Normandie

Dans les Landes, signalons une diminution de fréquence grâce à la généralisation des abattoirs publics régulièrement contrôlés avec destruction des viscères.

Premier cas humain dépisté en 1874.

Dans le Languedoc : Parasitose d'observation courante chez l'homme (Languedoc méditerranéen)

En Provence : peu de cas humains à Marseille, importés d'ailleurs (Afrique du Nord). Pas de statistique précise relative à l'infestation animale.

- En Corse : A partir de 1922, seulement, les chirurgiens de l'Ile avaient opéré 19 kystes hydatiques.

J. COMBY à la suite d'un voyage en Corse en 1925 avait déclaré : "Les kystes hydatiques sont presque aussi connus en Corse qu'en Amérique du Sud et en Afrique du Nord et en Sardaigne".

Normandie : Jadis maladie fréquente. Premier cas dépisté en 1675. Kystes fréquents en Haute Normandie. Kystes rares en Basse Normandie.

13 - Espagne

ESTEVES publie un premier cas en 1845. De 1905 à 1922, RIBERA, GOYANES et LOZANO opérèrent 336 kystes hydatiques à Madrid et en Aragon. Par la suite, plusieurs cas ont été signalés par des chirurgiens. Pays qui a un important élevage de moutons, de boeufs et de chèvres.

14 - Portugal

Grande fréquence. La parasitose y est restée méconnue pendans une période.

De 1895 à 1900, 785 cas, chiffre impressionnant.

Taux d'infestation humain : Femmes : 59 % - Hommes : 45 %

Taux d'infestation animale non effectuée.

15 - Italie

Maladie fréquente. PERRONEITO dépiste un premier cas en 1879.

En 1936, F. PUTRU estime que l'Italie est l'un des pays d'Europe les plus infestés mais cela, d'une façon non uniformément diffuse.

Affection rare en Italie Septentrionale.

La Sardaigne constitue le plus grand foyer.

En 1930, PUTZU déclare que c'est le pays le plus atteint du monde.

CAGLIANI trouve à l'autopsie un taux d'infestation humaine de 2,35 pour cent.

Source d'infestation en Sardaigne par abondance de chiens. Maladie en régression.

16 - Yougoslavie

Maladie datant de 1879 où R. PERICLE et LALIE publièrent un premier cas avec foyer endémique en Dalmatie.

En 1930, dans son enquête, PERICLE cite 921 cas dont 680 en provenance de Dalmatie.

Les femmes sont plus atteintes : 56 % contre 43,3 % chez les hommes.

D'autres médecins, étudiant la maladie, aboutirent à des résultats quasi-semblables.

Taux d'infestation des moutons : 70 %

En 1940, RACIE qui avait opéré 354 cas en 24 ans déclara à cette époque, que la Dalmatie occupait la seconde place après la Grèce dans les Balkans.

17 - Grèce

Constitue un des grands foyers européens. Maladie connue depuis 1884. Premiers travaux en 1901 publiés par TSACONAS qui opéra 137 cas de 1884 à 1901.

En 1930, TOOLE met l'accent sur deux principaux foyers :

a) - la vieille Grèce,
b) - l'Epère et les iles Ioniennes.

Les femmes sont plus atteintes que les hommes.

En 1938-39, TOOLE conclut que la Grèce a un taux d'infestation jadis rencontré en Islande.

Infestation animale :

- moutons : 40 à 45 %
- boeufs : 70 à 75 %

18- Turquie d'Europe

L'affection existe mais est insuffisamment étudiée dans ce pays. De 1884 à 1913, 127 cas opérés.

Les conditions étiologiques et l'infestation animale ne sont pas données.

19 - Bulgarie

Maladie fréquente chez les hommes comme chez les animaux. Les études étaient entreprises tardivement à partir de 1908, par TANTILOFF qui trouve à l'autopsie, un taux d'infestation humaine de 0,49 %.

De 1927 à 1939, MOLLOF publie un total de 245 cas de kystes hydatiques en 35 ans.

Infestation animale chez les moutons 46 à 70 %.

20 - Roumanie

Affection fréquente depuis la fin du 19è siècle. Pas d'étude ni de statistiques détaillées sur l'ensemble de la maladie.

Apparition de quelques publications sur le traitement chirurgical (CALINDERA et collaborateurs).

21 - Russie d'Europe

Maladie fréquente dans l'ensemble du territoire d'après NADESCHIDINE et la thèse de TOKARENKO.

Premières statistiques parues en 1895 :

- 299 cas dont 14 alvéolaires,
- 400 cas dont 27 alvéolaires.

Publications multiples à partir de ce moment.

Répartition suivant l'importance de fréquence :

- l'Ukraine,
- la Crimée,

Ensuite viennent :

- la région de la Dinefrer
- la région de la Volga,
- la région du Don,

Puis la Caucase du Nord, la Transcaucasie.

En dernier lieu :

- le gouvernement de Moscou,
- le gouvernement de Leningrad.

Prédominance de la maladie chez la femme : 55,8 %

En 1930 :

- chiens infestés 12,5 à 30 %
- moutons infestés 70 à 85 %

En conclusion : Maladie répandue, plus fréquente chez la femme que chez l'homme. Contact permanent avec les animaux joue un grand rôle.

B - ASIE

21 - Sibérie d'Asie

Fréquente en Russie d'Asie chez des populations sales et nomades.

En Sibérie occidentale, orientale et centrale.

23 - Japon

Selon MITA, l'affection y est rare.

Rareté qu'il attribue au manque d'intimité entre la population et les chiens, au nombre peu élevé de moutons.

Quelques cas de kystes hydatiques avaient été signalés dans le Nord du Japon.

24 - Chine

Parasitose fréquente, elle resta ignorée jusqu'en 1910 où le chirurgien allemand UTHEMAN observa le premier cas.

De 1905 à 1908 : 3 cas.

En 1925 : 8 cas autochtones.

De 1916 à 1930 : 16 cas observés par LOUCKS.

Chez ces populations les conditions "idéales" de contamination humaines sont réunies :

- grand élevage de moutons,
- chiens nombreux et vagabonds se nourrissent de boyaux infectés,
- manque d'hygiène chez ces populations vivant en promiscuité
- pas de statistiques.

25 - Indochine

En 1914 : 2 premiers cas observés par CASAUX chez les Anamites en Indochine.

En 1938, HOUDEMER, au Tonkin découvre la présence de toenia échinocoque chez les boeufs moutons, chèvres.

26 - Indes

Maladie rare chez les indigènes, fréquente chez les bestiaux en particulier les moutons dès 1884.

L'infestation animale y serait de 70 %. Plusieurs publications de cas humains ont été déjà faites.

27 - Irak

Affection signalée depuis 1916 par KUTZ

HARLE découvre plusieurs cas en Mésopotamie. En 1940 SENEKJI et BEATTLE apportent les précisions suivantes :

- 107 cas dépistés sur 34 146 malades de 1935 à 1938.

- Infestation animale :
  . moutons : 11,8 %
  . chèvres : 24,6 %

28 - Syrie-Liban

Rare chez l'homme.

Premier cas en 1924.

CHEVALIER signale la fréquence particulière de la maladie dans 3 régions :

- région de Beyrouth,
- région d'Alep
- région de Damas

Dans la Syrie du Sud, TURNER et collaborateurs opérèrent de 1926 à 1936, 66 cas à l'Hôpital américain de Beyrouth (1 cas pour 368 malades). Rareté de la maladie dans la Syrie du Nord. Les chiens nombreux en Syrie, ont peu de relations avec les citadins.

Statistique officielle : moyenne d'infestation animale 3 à 6 %

29 - Palestine

Maladie assez rare malgré le taux élevé d'infestation animale. Aucune publication avant 1933 qui vit les premiers travaux de WITENBERG avec une infestation animale de 80 % sur les boeufs.

Statistiques officielles de Jérusalem :

- moutons : 4,6 % sont infestés,
- boeufs : 8,4 %
- chiens : 20 %

80 % des moutons sont importés de Bulgarie, une partie des boeufs provient de Chypre.

De 1922 à 1935, SCHMIDT opère 129 cas dans les hopitaux de Jérusalem.

Femmes plus atteintes que les hommes : 64,4 %

Fréquence relative dans le jeune âge : 26,7 %

Les musulmans sont moins touchés car ils ont peu de relations avec les chiens (religion).

C - AFRIQUE

30 - Tunisie

Maladie très fréquente.

De 1922 à 1926 TETARD observe 133 cas dans les Hôpitaux de Kef, de Mactar (73 femmes contre 31 hommes).

Prédominance d'atteinte entre 20 et 40 ans.

En 1923 :

- moutons : 20 - 60 à 66 % d'animaux parasités.
- vieilles bêtes près de 100 %

En 1960 DEMIRLEAU publie : 400 opérations de kystes hydatique du foie, 500 opérations de kyste hydatique des poumons en 20 ans.

Causes favorisant l'infestation humaine :

- promiscuité,
- élevage,
- mauvaise hygiène,
- jeux des enfants avec les bêtes

31 - Algérie

Parasitose très fréquente.

Connue chez les Européens depuis 1862

Connue chez les Arabes depuis 1868

Par la suite l'on établit la fréquence :

- 3,10 % chez les indigènes
- 0,10 % chez les européens.

En 1926, la première enquête sur l'échinococcose humaine en Algérie, faite par CENEVET et WITAS, fait ressortir 1874 observations.

Classement des départements par ordres de fréquence :

- d'abord le département de Constantine, puis le département d'Alger.
- enfin le département de Mau.

Les indigènes étaient les plus frappés. Ici, le sexe féminin n'avait pas la prépondérance comme dans d'autres pays, explication :

La femme algérienne consulte moins le médecin européen.

De 1870 à 1920 la maladie progresse, elle a d'abord triplé, puis doublé, enfin la situation est demeurée stationnaire en 1920.

L'affection garde encore la fréquence remarquable de la parasitose, un des pays du monde les plus infestés.

32 - Maroc

Fréquence superposable à celle rencontrée en Algérie.

La maladie y sévit depuis fort longtemps son étude à commencé tardivement en 1919 (vétérinaire Bonin).

Les régions les moins touchées sont les zones méridionales et subtropicales, le mouton comme l'homme sont moins atteints.

Dans le maroc du nord : 111 cas opérés entre 1915 et 1935

Atteinte féminine : 60 %
Atteinte masculine : 40 %

Infestation animale en 1934 - 1935

- boeuf : 45,7 %
- moutons abattus : 15 %

33 - Afrique Centrale

La plupart des cas d'échinococcose s'observe chez les indigènes. Infestation animale :

- boeufs : 25 %
- moutons : 20 %

Le développement de l'industrie du textile est en rapport avec l'importation des moutons d'Australie.

34 - Madagascar

Pas d'infestation humaine.

35 - Océanie-Australie

Un des pays où la maladie sévit à l'état endémique avec un taux d'infestation assez fort.

Grand pays d'élevage.

Fréquence à peu près uniforme dans l'ensemble du pays avec des zones de prépondérance.

Affection connue depuis 1850.

Premières publications en 1867.

A Victoria (862.000 habitants), la mortalité de l'échinococcose entre 1861 et 1881, se chiffre à 3 % de la mortalité totale.

Nouvelles Galles du Sud : (781.000 habitants)

- Mortalité 0,74 % de la mortalité générale de 1875 à 1881

Morbidité 1 cas sur 380 malades.

Australie-Sud

Morbidité 1 cas sur 222 malades

En 1925, une enquête de HAROLD DEW montra une diminution importante de la maladie par mesures d'hygiène.

Maladie rare en Queensland, en Australie occidentale.

La proportion des moutons contaminés 20 % du total des bêtes.

36 - Nouvelle Zélande

Le pays fait surtout de l'élevage, aussi la maladie y est répandue. J.D. THOMAS publia les premiers cas en 1884.

- infestation animale chez le mouton 42 à 47 %

Dès 1897, le Professeur L.E. BARNETT étudia profondément la question et releva en 1934 3550 cas en 40 ans.

Fréquence accrue entre 1938-1941. Actuellement la parasitose est encore implantée dans le pays.

D - AMERIQUE SUD

37 - Argentine

Pays de l'échinococcose par excellence, dépassant de très loin l'Australie.

Hydatose humaine connue depuis 1870.

En 1900, J. CRANWELL et HERRERA VEGA totalisèrent 970 cas observés dans les hôpitaux de Buenos-Ayres.

En 1909 encore 414 cas.

En 1922 au congrès argentin de médecine, GREENWAY rassembla 2470 cas opérés pour l'étude de sa thèse sur la démographie de l'hydatose depuis 1910

De 1922 à 1935, MARIANO CASLEX totalise 3096 kystes hydatiques opérés à Buernos Ayres.

La répartition de la maladie n'est pas uniforme.

Prédominance à Pampa.

Provinces de Buenos Ayres (principale zone d'élevage) donnent 60 % du total des cas observés.

Capitale fédérale : 31 % des cas.

Les territoires du Nord et de l'Ouest sont peu atteints.

Taux d'infestation animale de 1928 - 1937

- bovin de 8,45 à 13,44 %
- ovin de 18,23 à 19,66 %
- porc de 17,64 à 20,94 %

De 1939, ALFREDO FERRO établit une campagne contre la parasitose.

38 - Uruguay

Echinococcose très répandue.

L'explorateur français CREVAUX découvre en 1875 l'hydatose animale, V. PEREZ FONTANA publie le premier cas d'hydatose humaine. Plusieurs auteurs dont BERGES, PEDRO VISCO CANESSA, MACKINSON font leurs recherches.

De 1896 à 1901 : 105 cas dépistés,
En 1907 : 324 cas (DUPAT)
En 1919 : 718 cas (ZERBINO)

De 1919 à 1934, VELARDE et PEREZ FONTANA, du centre d'étude de la campagne de l'hydatose totalisent 2620 cas, répartis ainsi :

- 53,2 % des maladies traitées à Montévidéo,
- 46,8 % des maladies traitées à la campagne.

Prédominance de la maladie :

- dans les départements centraux,
- chez les femmes.

7,8 % des malades hospitalisés étaient porteurs de kystes hydatiques.

L'autopsie des malades donne 3à 4 % d'infestation.

L'échinococcose vétérinaire prédomine dans la zone Sud avec 40 à 70 % d'infestation.

En 1938 : FONTANA conclut que son pays était le plus infesté par l'échinococcose qui y garde à l'heure actuelle sa réputation mondiale.

39 - Paraguay

Elevage de bovins, peu de moutons pas d'échinococcose humaine.

40 - Brésil

Maladie rare sauf dans l'état du Sud limitrophe de l'Uruguay connue depuis 1888 (LUTZ)

En 1908 : infestation connue 3,5 à 20 %

En 1941 : PINTO publie 387 cas d'hydatose humaine (dont 326 cas autochtones) opérés dans les divers hopitaux du Brésil.

Taux d'infestation animale :

- moutons : 95 %
- pous : 75 %
- boeufs : 34 %

41 - Chili

Fréquence relative de la maladie.

En 1880 : premier cas d'hydatose humaine (PUELMA)

Etude de la maladie faite par UGARTI GUTIENEZ, MURILLO.

En 1923, statistique de 275 cas opérés dans les hôpitaux.

infestation animale

Dans les abattoirs 36 % des chiens étaient infestés. Chiens hors des abattoirs (11 %)

En 1938 : une publication de BOHN FRANZ sur les autopsies relève une proportion de 1 % en 7 ans.

42 - Bolivie

Maladie humaine peu fréquente, voire même rare.

Le pays importe du bétail en Argentine, parasitose animale 10 % des animaux.

43 - Perou

Connue depuis 1876 - de 1876 à 1922 : 81 cas humains.

En 1922 : infestation animale 20 % (moutons)

En 1932 2 cas d'hydatose humaine.

44 - Equateur

Pas d'hydatose.

45 - Colombie

Présence d'hydatose vétérinaire seulement.

46 - Venezuela

Pas d'hydatose

47 - Antilles - Cuba

Cuba : maladie rare chez l'homme, échinococcose fréquente chez les porcs. Quelques cas dépistés chez des européens.

E - AMERIQUE DU NORD

Il y a un contraste frappant avec le Sud sur la morbidité de l'échinococcose humaine pourtant l'échinococcose animale existe.

48- Mexique

Jadis affection rare quelques cas signalés entre 1889 et 1897 par SEMELLEDER. étaient considérés comme importés.

En 1921, maladie rare : 10 cas de morts publiés à Mexico (TRONCOSO).

Infestation animale :

- boeufs : 6 à 8 %
- moutons 8 à 10 %
- chèvres : 10 à 15 %

49 - Etats Unis - Canada

Connue depuis 1808.

En 1937 : 482 cas humains observés chez des immigrés dont 10 cas chez des nègres. Maladie rare chez des moutons (1 pour 40.000) car les chiens ne sont pas employés dans la garde de ces derniers, n'ont pas accès dans les abattoirs, leur nombre est limité par la loi, donc rapport presque nul entre mouton et chien. Chez les porcs, maladie un peu fréquente car ils ne sont pas gardés, ils s'infestent par les matières fécales des animaux sauvages tels que les loups.

EN CONCLUSION

La répartition de l'échinococcose humaine est en rapport avec celle du mouton. Le Professeur DEVE à qui nous devons les rapports chiffrés de cette répartition a su faire un brillant exposé dans son livre intitulé l' "échinococcose primitive". La maladie sévit avec une fréquence particulière dans des régions d'élevage surtout du mouton, à savoir :

- Argentine, Uruguay
- Australie, Islande

- Afrique du Nord,
- Mecklembourg, Poméranie
- Russie méridionale
- Yougoslavie
- Grèce, Sardaigne,
- France

Le sexe est sans rôle.

- Facteurs favorisants

- la durée de cohabitation,

- les multiplicités de contage et leur répétition,

- la familiarité de l'enfant avec les chiens explique la fréquence mais la maladie évolue très lentement chez eux et se révèle à l'âge adulte (BOURGEON).

- bouchers, bergers sont exposés.

oOo

ANATOMIE - PATHOLOGIQUE

Avant d'aborder l'étude anatomo-pathologique détaillée de l'hydatose hépatique primitive, nous nous permettons de vous présenter en premières lignes la fréquence de certaines localisations et de certaines complications publiées par trois auteurs :

I - GOINARD

Traitement chirurgical des kystes hydatiques. Echinococcose primitive :

Localisation	Fréquence	Complications de ruptures
Foie	2/3 de l'hydatose humaine	voies biliaires ++ péritoine + poumons : + vaisseaux
Poumon	1/3 de l'hydatose	bronche, plèvres, médiastin
Rate	2,10 %	abdomen : estomac, 00 thorax
Autres localisations	rares	

II - DEVE

Complications des voies biliaires :

Infection des voies biliaires	Rupture des voies biliaires
75 à 80 %	55 % dans les canaux droits 29 % dans les canaux gauches 9 % dans le confluent hépatique

III - DEMIRLEAU

Nous reproduisons ici les statistiques de Demirleau qui a vu, à Tunis en 20 ans, 400 kystes hydatiques du foie dont il possède 362 observations réparties de la façon suivante :

- kystes uniques : 254
- kystes multiples : 108

} Nombre

- kystes univésiculaires : 208
- kystes multivésiculaires : 154

} Vésiculation

- 144 malades du sexe masculin dont 22 enfants
- 218 malades du sexe féminin dont 29 enfants

} Sexe

- Etat des kystes

Kystes clairs : 202
suppuré bilieux : 127
rompus dans les voies biliaires : 9
rompus dans les bronches : 14
rompus dans la plèvre : 2
rompus dans l'abdomen : 8

} 160 kystes compliqués 44,20 %

Deux cas de lithiase sur 362 malades alors que les auteurs argentins, DEVE, VERGOZ, BOURGEON, EHATELIN ont relevé une fréquence de 10 %.

Ces tableaux sont assez démonstratifs sur la fréquence de l'hydatose hépatique et sur ses complications biliaires.

ETUDE ANATOMO-PATHOLOGIQUE

Nous verrons successivement :

1 - Le parasite :

a) - son cycle évolutif,

b) - ses formes,
c) - sa constitution schématique.

2 - Le kyste

- sa formation de la capsule du périkyste,
- rapports du kyste,
- son évolution
- sa suppuration,
- le nombre,
- ses dimensions,
- sa topographie,
- l'association.

I - LE PARASITE

A - Le cycle évolutif

1 - Morphologie

Le ver adulte : tenia échinococcus granulosas :

5 à 6 m/m de long,
1/2 m/m de largeur.

Composé de 3 anneaux de 30 à 35 u chacun. Le troisième anneau mesure la moitié de la longueur totale du ver.

Le deuxième est porteur d'un appareil génital et remplace le troisième après le détachement de celui-ci.

L'anneau terminal contient environ 500 oeufs.

La tête est pourvue de ventouses et reste armée de 2 couronnes de crochets.

L'oeuf contient un embryon hexacanthe

a) - Hôtes habituels :

Chien, mouton, porc, parfois le loup

Hôte accidentel : homme

b) - Le cycle évolutif comporte :

Le cycle évolutif naturel
Le cycle chez l'homme.

1°) Cycle évolutif naturel :

Hôte principal et définitif : carnivore (chien ++) celui-ci héberge, en grand nombre, dans son intestin, le ver adulte

dont les anneaux mûrs se détachent et sont rejetés dans la nature avec les matières fécales du chien.

Les oeufs ainsi répandus sur le sol, sur l'herbe des pâturages seront absorbés par l'herbivore, l'oeuf arrive dans l'estomac où le suc gastrique dissout sa coque, l'embryon hexacanthe traverse la muqueuse stomacale, tombe dans un capillaire veineux tributaire de la veine porte le plus souvent et gagne ensuite le foie, parfois après la muqueuse intestinale, tombe dans le système lymphatique qui le conduit dans le canal thoracique.

Au foie, l'embryon se transforme en une vésicule échinococcique point de départ de la phase larvaire du parasite : formation classique du kyste hydatique.

Tel est le grand cycle.

Après l'abattage d'un herbivore parasité, le chien s'infeste en mangeant les viscères. L'oeuf arrivé dans l'intestin du chien, libère un embryon hexacanthe qui évolue et donne après un intervalle de 5 à 8 semaines, un toenia adulte, celui-ci expulsera son 3è anneau mûr dans la nature et le cycle recommencera.

Ce cycle nécessite deux hôtes successifs et deux habitats.

Il existe deux autres :

- Le premier s'accomplit chez un seul hôte, l'on assiste à une évolution vésiculaire des scolex, puis à une formation de vésicules filles endogènes et enfin à un développement de l'échinococcose secondaire.

- Le deuxième constitue un cycle anormal : il y a un enclavement germinatif erratique qui engendrera la naissance de vésicules filles intracuticulaires.

.- Cycle évolutif chez l'homme :

- Homme : hôte intermédiaire accidentel. Selon la remarque de R. BLANCHARD, le parasite échinocoque "s'engage dans une impasse". La voie digestive est la principale mais il existe aussi les voies respiratoire et cutanée.

B - Les formes du parasite

1 - Forme simple (univésiculaire)

- présence d'une vésicule mère vivante à l'intérieur d'une poche fibreuse, tendue,

- volume variable (atteignant la grosseur d'une tête de foetus à celle d'une tête d'adulte,

- paroi blanche,

- germes habituels : capsules proligères, scolex et sable hydatique,

- parfois des vésicules filles des scolex et des capsules proligères,

- quantité de sable hydatique dans les vésicules mères est variable. DEVE avait recueilli dans 2 kystes :

. l'un de 1200 g. de liquide et 3 cm3 de sable,
. l'autre de 1100 g. de liquide et 4 cm3 de sable.

2 - Forme complexe (multivésiculaire)

Remplie de vésicules filles et petites filles, tassée, conglomérée, parfois teintée par la bile, ici pas de liquide dans la cavité générale.

- dégénérescence de la membrane mère,

- la vésicule mère est flasque, translucide gélatiniforme, parfois colorée en brun verdâtre ou rougeâtre,

- la poche fibreuse ne se moule plus à la vésicule mère, elle a des dépressions ou de véritables diverticules donnant des hydatides vivantes et fertiles.

- cette forme est très fréquente dans les vieux kystes,

- volume variable,

- contenu variable aussi suivant l'âge. D'après DEVE, chez l'enfant et l'adolescent, les kystes hydatiques même volumineux, sont presque toujours (90 fois sur 100) dépourvus de vésicules filles, ils ne renferment que du sable échinococcique.

L'évacuation du kyste (ponction, rupture, traumatisme) favorise la formation de vésicules filles.

C - Constitution schématique du parasite

La paroi de la vésicule mère s'appelle membrane mère composée de deux couches :

- une couche externe : épaisse, formée de plusieurs lamelles concentriques. Substance réfringente, de nature chitineuse.

- une couche interne : très mince, nucléée, la membrane germinatrice (fertile,) partie active.

Les deux couches sont très liées, très accolées.

- A la surface interne de la vésicule mère :

. de petits grains blancs appendus donnent un aspect villeux facilement détachables au frôlement, aux secousses :

. sable hydatique avec deux sortes de grains :

a) - les capsules proligères : facilement visibles à l'oeil nu, tombant sans difficulté au fond d'un tube.

b) - les scolex : très microscopiques, en suspension dans le liquide.

Les capsules proligères contiennent à leur intérieur des scolex au nombre de 1, 2, 3, 10, 20 voire même cinquante.

Les scolex ne sont autre chose que des têtes de toenia échinocoque, ces têtes sont appendues à la paroi capsulaire par un mince pédicule; ils naissent à l'intérieur d'une capsule proligère, jamais en dehors de celle-ci. A l'occasion d'une rupture capsulaire, les petits pédicules des scolex se détachent et les scolex se trouvent libres et flottent dans le liquide, de là la formation de blocs isolés et épais dans le contenu kystique. (kyste fertile "acéphalocyste").

Le kyste est acéphalocyste jusqu'à la grosseur d'un oeuf.

La présence de scolex est constante dans les kystes primitifs du foie car le diagnostic est posé tardivement.

Chez des enfants de 3, 5, 13 et 15 ans, POSADAS a observé des kystes acéphalocystes (cas rares).

La vésicule mère contient enfin des vésicules filles ou hydatides à paroi opaline, dont le contenu est eau de roche.

- leur volume moyen : grain de raison à une noix,

- leurs dimensions : grosseur d'un pois pour les uns,
grosseur d'une mandarine, d'une pomme pour les autres.

- leur structure : celle des vésicules mères.

- les hydatides peuvent renfermer des vésicules petites filles de structures identiques aux vésicules filles.

- Liquide contenu dans le ver vésiculaire :

Aspect : eau de roche,

- densité : 1017 à 1015
- ne coagule pas par la chaleur, par l'acide,
- ne renferme pas de l'albumine,
- contient des sels minéraux :
  - . chlorure de sodium
  - . calcium
  - . sulfate et phosphate de soude, etc....
- contient des substances organiques
  - . acide succinique
  - . sucre.
- contient des substances toxiques,
- pH : 9

D'après le Docteur ROSA, sa constitution chimique n'est pas absolument identique dans toutes les hydatides.

II - LE KYSTE

C'est la capsule fibreuse qui entoure la vésicule mère ou parasite.

La souffrance de la vésicule hydatique est inéluctable au cours de l'évolution. Cette souffrance se traduit, lorsque le kyste est fertile, par une vésiculation endokystique. L'expansion dans le foie de la vésicule hydatique est longtemps latente, se traduit par un écrasement de tissus ambiants qui se tassent en un périkyste de plus en plus épais.

Il se produit sur les vaisseaux des lésions d'endartérite, d'endophlébite aboutissant à leur oblitération : le kyste est fibreux et avasculaire. Plus il est volumineux, plus l'atrophie hépatique est importante, la capsule devient plus épaisse.

Il est impossible au cours de l'opération, la poche étant vidée, de repérer le siège des vaisseaux dans l'épaisseur de la capsule.

Le kyste adventice est limité brusquement en dedans par une cuticule parasitaire à laquelle il n'adhère pas, par contre il n'a aucune limite précise en dehors, il se continue progressivement à sa périphérie, avec le tissu hépatique sain.

A côté de l'atrophie hépatique, signalons une hypertrophie hépatique compensatrice dans les autres régions. Il n'y a pas de signes d'insuffisance hépatique.

A - Rapports du kyste

Par sa surface externe, il est en rapport avec le péritoine et les viscères abdominaux.

En règle, générale, le kyste fait librement saillie dans la cavité abdominale, rarement il détermine une barrière d'adhérence sauf en cas de complications.

Dans le foie, il entre en rapport plus ou moins immédiat avec les vaisseaux sanguins et canaux biliaires.

- Rapport avec de grosses veines d'emprunt de la fibreuse du kyste :
- Rupture du kyste dans les veines, en particulier dans le système cave.
- Parfois compression simple allant jusqu'à l'oblitération.
- Rarement thrombose, point de départ d'embolies pulmonaires.
- Rapport du kyste avec les branches de l'artère hépatique d'importance moindre.

- Rapport avec les voies biliaires

Ils sont importants et les accidents fréquents. L'on admet et cela depuis longtemps, que le contact de la bile amène rapidement la mort du parasite et son affaissement consécutif.

Les voies biliaires sont d'abord refoulées, leur lumière écrasée, elles résistent longtemps à l'action de la bile grâce à la muqueuse qui les entoure, par la suite, les canaux en rétention, ectasiés, à parois rigides, traversent le périkyste pour s'ouvrir en "bec de filtre" dans la cavité kystique sans l'existence de "varices biliaires" dans l'épaisseur du kyste. Il s'en suit une irruption de bile dans la cavité kystique.

Si le canal rompu est de calibre suffisant, il n'est pas rare de voir des débris cuticulaires, des vésicules affaissées s'engager dans sa lumière.

Si les hydatides passent dans les gros canaux excréteurs, l'on observera des syndromes de colique hépatique, des obstructions chroniques du cholédoque, l'infection biliaire, la suppuration ressortent du même mécanisme.

B - EVOLUTION

Le kyste hydatique du foie se développe très lentement, chez un grand nombre de kystes hydatiques de l'adulte, l'affection remon-

te à l'enfance. La vésicule mère grossit progressivement et à partir d'un certain volume, elle n'augmente plus de dimensions, de l'hydatide simple, elle se remplit de formations vésiculaires.

La mort du parasite peut être naturelle ou provoquée; dans ce cas, le liquide devient trouble puis albumineux, ensuite il se résorbe parallèlement, la poche adventice s'affaisse, se ratatine. Cette évolution du kyste constitue un cas favorable mais dans certaines circonstances, cette éventualité donne ultérieurement naissance à des accidents d'ordre infectieux. Très souvent le kyste a tendance à se compliquer.

C - LA SUPPURATION

1 - Pathogénie

Deux théories ont été avancées dans le mécanisme de la suppuration du kyste hydatique du foie :

1°) - Suppuration spontanée sans cause apparente

2°) - Suppuration secondaire à un accident

Dans la première théorie : les auteurs, après avoir éliminé les voies intestinale, lymphatique, sanguine d'acheminement de l'infection vers les canaux biliaires, ont retenu la voie biliaire DUPRE l'a indiquée dans sa thèse. Les microbes n'envahissent la vésicule que quand l'adventice est fissurée.

La deuxième théorie fait intervenir :

- un traumatisme, une rupture,
- une contusion du creux épigastrique
- une chute (infection par cholérragie intrakystique septique).
- une ponction par faute d'asepsie, par faute opératoire,
- parfois il y a apparition de la suppuration malgré toutes les précautions prises. QUENU en 1896 cite un cas de suppuration à la suite d'une ponction aseptique :une incision faite 11 jours après montre du pus, le malade présentait des signes généraux d'infection.

Dans la pathogénie de l'infection des angiocholites, F. DARNIS passe en revue 3 processus susceptibles de provoquer l'infection, à savoir :

a) - l'infection descendante ou sanguine (WIDAL LE MIERRE)

b) - l'infection ascendante ou intestinale,

c) - l'infection autogène (GILBERT)

La majorité des auteurs s'accorde avec GILBERT à soutenir la troisième hypothèse, c'est-à-dire l'infection autogène en insistant sur un facteur capital favorisant l'infection, la stase biliaire qui s'associe à la notion d'injection normale des voies biliaires.

2 - Bactériologie des kystes hydatiques suppurés

Nombreux micro-organismes, citons les par ordre de fréquence :

- colibacilles,
- streptocoques
- staphylocoques
- pneumocoques

parfois pus stériles.

F. DARNIS trouve la même flore dans les angiocholites.

La suppuration apporte des modifications du contenu du kyste :

a) - Le parasite n'a pas souffert :

- liquide d'aspect eau de roche,
- tension normale 100 à 120 cm d'eau
- sable hydatique (scolex)
- capsules proligères

b) - Le parasite a souffért :

- liquide opalescent, trouble puis purulent,
- tension réduite,
- puis pus plus ou moins épais avec des vésicules filles et des lambeaux de membrane,
- un magma de membrane hydatique, de vésicules filles, pleines ou rompues, baignant dans un liquide bilieux : un abcès pyogazeux peut se constituer.

Les vésicules qui résistent à l'infection possèdent un liquide limpide.

D - NOMBRE

Dans la majorité des cas, le foie présente un kyste unique dans son lobe droit, c'est l'opinion de bon nombre d'auteurs, mais il existe aussi des kystes multiples :

E - DIMENSION

Volume très variable, très considérable, atteignant parfois 10 à 15 litres.

Les kystes les plus nombreux sont ceux qui occupent un seul lobe (kyste unique) et en pareil cas ils détruisent parfois la totalité du lobe.

Il y a une grande variabilité de la rapidité de croissance et du pouvoir d expansion du parasite : aucune explication valable n'est donnée.

F - TOPOGRAPHIE

La situation des kystes dans le parenchyme est variable, le point de départ peut être central ou périphérique et il est précisé par une étude anatomique de l'adventice et de voies biliaires adjacentes.

Un kyste même d'origine centrale, est presque toujours périphérique par un pôle affleurant la surface hépatique, la paroi de la partie libérée du kyste est saillante, lisse ou bosselée avec un lacis vasculaire de surface.

Les kystes multiples peuvent être au contact, séparés par une double paroi adventicielle où peuvent cheminer de gros canaux biliaires et de vaisseaux importants. BOURGEON et GUNTZ dans une statistique de 377 kystes hydatiques du foie trouvent :

- 35 % de kystes corticaux,
- 65 % de kystes profonds,

Parmi les kystes profonds :

- 15 % de kystes multiples et disséminés,
- 15 % de kystes groupés,
- 35 % de kystes uniques

La répartition des kystes par lobe d'après BOURGEON R., J.R. D'ESHOUGUES et H. PIETRI :

- lobe droit : 54 %
- lobe gauche : 30 %
- lobe carré : 10 %

Ces chiffres sont voisins de ceux de DEVE.

L'appréciation des lésions associées bilio-vasculaires et la possibilité d'exploration facile et complète du kyste après extirpa -

pation du parasite et résection de l'adventice extériorisée, données importantes, du point de vue chirurgical, ont permis à GOINARD de distinguer 3 groupes topographiques du kyste :

1 - Les kystes hydatiques du lobe gauche, à gauche du ligament suspenseur :

- siègent parfois à l'extrémité du lobe gauche,
- leur abord est facile et leur exploration aisée,

2 - Les kystes hydatiques du lobe droit. On les divise en :

- kystes de la face antérieure, du bord antérieur de la face inférieure. Leur accès est très facile.

- kystes de la convexité, à développement postérieur et ascendant (thoracique) d'accès difficile, leur abord est surtout thoracique.

- kystes détruisant la totalité du lobe droit, leur exploration est facile.

3 - Les kystes hydatiques médianes (lobe intermédiaire)

Sont souvent bilobaires avec prédominance topographique droite ou gauche.

Localisation rare mais grave de par leur répercussions biliaires ou vasculaires qu'elle peut entraîner.

G - ASSOCIATION

D'autres tumeurs de même nature, développées dans d'autres organes, peuvent exister avec le ou les kystes hydatiques, dans ce cas, la symptômatologie se modifie et le diagnostic devient alors difficile.

Des constatations faites, ces associations sont classées en 3 groupes :

- 1er groupe :

Kystes tous primitifs dans les différents organes, indépendants les uns des autres et ayant une même infestation :

- foie - rate
- foie - poumon

groupe fréquent.

Ensuite :

- foie - coeur
- foie - rein
- foie - cerveau.

- 2è groupe :

Kyste abdominal primitif accompagné de kyste secondaire du foie, rare.

- 3è groupe : C'est le plus important.

Kyste primitif compliqué de kystes viscéraux secondaires.

Association foie - poumon : rare.

Kyste du foie avec kystes multiples de l'abdomen.

Ces kystes sont situés parfois dans toute la cavité abdomino-pelvienne, à la surface du péritoine où des lésions discrètes et réalisent ainsi l'échinococcose péritonéale secondaire qui donnera à son tour des kystes péritonéaux à localisation hépatique :

- kystes juxta-hépatiques, situés au contact du foie, rattachés à sa surface ou à son bord par des pédicules.

- kystes péri-hépatiques, enchassés dans la surface hépatique.

- kystes sous péritonéaux situés dans l'épaisseur de la capsule. Les kystes sont toujours multiples.

oOo

SYMPTOMATOLOGIE

---

des kystes hydatiques simples

des kystes hydatiques compliqués.

Examens Complémentaires.

oOo

ETUDE CLINIQUE

Dans la description classique de l'hydatose hépatique, nous distinguerons deux stades :

- le stade prétumoral,
- le stade tumoral.

En pratique, il est préférable de distinguer les formes simples et les formes compliquées, les dernières étant celles qui emmènent le plus souvent le patient à consulter.

I - Les formes simples

Elles se caractérisent par :

- ou une absence de troubles fonctionnels, foie "silencieux" a dit FIESSINGER,
- ou de troubles fonctionnels insignifiants,
- une intégrité de l'état général,
- l'existence des signes physiques plaide en faveur d'une volumineuse lésion du foie.

- Période initiale

- début lent, insidieux,
- les signes de début sont inconstants, banaux et,
- non spécifiques,
- inappétence,
- banale dyspepsie avec intolérance des aliments gras, flatulences post-prandiales, céphalées,
- nausées, vomissements,

- sensation de pesanteur, gêne dans l'hypocondre droit,

- névralgie intercostale, douleur sourde et persistante au niveau de l'épaule droite.

- rarement dans certains cas, apparition d'urticaire.

- épisodes ictériques passagers.

Toutes ces manifestations peuvent rester discrètes pendant des mois.

- Période tumorale

Elle permet de découvrir des signes physiques, démonstratifs d'ailleurs, car dans la majorité des cas, ils orientent vers la maladie, en raison de la pauvreté des autres signes.

- augmentation progressive de volume de l'hypocondre droit.

- tuméfaction du creux épigastrique attirant l'attention.

- la présence d'une tumeur ou d'une hépatomégalie constitue le signe capital, tumeur avec caractère particulier : la forme chondro-abdominale de l'échinococcose hépatique est la localisation typique la plus fréquente.

- la déformation extérieure de la région est en rapport avec le volume de la tumeur; ceci suppose l'examen du patient nu, à jour frisant.

- la voussure circonscrite est saillante soit dans la région épigastrique, soit dans l'hypocondre droit.

- les côtes sont soulevées.

La main palpe une tuméfaction arrondie, régulière, lisse, indolente, tendue.

- tuméfaction rénitente. Pas de fluctuation malgré la pression du liquide. Consistance ferme et élastique dans les kystes jeunes. Dureté véritable dans les kystes à vieilles lésions.

La percussion revèle une matité absolue, "jadis l'on considérait le " frémissement hydatique", le "retentissement hydatique" et "l'écho hydatique" comme signes pathognomoniques de la maladie, ces signes, en effet, n'ont aucune valeur pratique.

Le foie est ordinairement un peu hypertrophié, sans être abaissé.

- ventre souple et indolent.

Il n'y a pas de splénomégalie, pas d'ascite, ni de circulation collatérale, pas d'oedèmes ni d'adénopathies. Parfois de petits frottements à la base du poumon droit.

- Signes fonctionnels

- sont presque négatifs,
- parfois une dyspnée par développement du kyste,
- sensation de pesanteur à l'hypocondre droit,
- douleur sourde de celui-ci.

Cette description que nous venons de faire concerne les kystes à développement antérieur.

Jetons un coup d'oeil sur les autres localisations.

2 - Kyste central : rien que le gros foie

3 - Kyste de la face inférieure du foie :

La tumeur se développe dans la cavité abdominale sans déformation apparente du ventre : la palpation la révèle soit sous la paroi abdominale, soit dans la région lombaire avec ballottement rénal.

4 - Kyste de la convexité

Ici l'évolution est ascendante, dans la cage thoracique, signalons une déformation extérieure du thorax avec abaissement modéré du foie (HANOT) élargissement des espaces intercostaux, évasement unilatéral de la base thoracique.

- EVOLUTION

Le kyste hydatique du foie est d'évolution très lente, s'étendant sur des dizaines d'années, bien des kystes de l'adulte remontent, en fait à l'enfance.

JONES, COSTANTINI, MARGARVERI et COURTY citent le cas d'un kyste rétentionnel non hydatique du foie, chez un homme de 73 ans, qui a évolué en 12 ans.

Trois faits sont à retenir :

1 - La guérison spontanée est exceptionnelle : même devant des kystes cliniquement asymptomatiques, il faut se réserver de parler de l'involution ou de la mort du kyste, le kyste peut se calcifier. Une évolution bruyante se manifeste après plusieurs années de latence.

2 - Le retentissement sur l'état général. Chez certains adultes porteurs de kystes multiples ou bien chez certains enfants dont la croissance est retardée "infantilisme hydatique" (DEVE, AUBRY,

CALVO et MELENCRO), ces éventualités sont exceptionnelles.

3 - La tendance naturelle des kystes hydatiques du foie est de se compliquer.

II - Les formes compliquées

Les complications sont de 4 ordres :

1 - la compression,

2 - la rupture,

3 - l'infection et la suppuration de la poche,

4 - la lithiase parahydatique.

1 - La compression

Elle est due à l'augmentation de volume du kyste. Sa symptômatologie varie avec le siège et le degré d'accroissement du kyste.

- Compression des voies biliaires intra-hépatiques : subictère

- Compression des voies biliaires extra-hépatiques :

. ictère franc,
. selles décolorées.

- Compression de la V.C.I.

. oedèmes des membres inférieurs, de la région sous-ombilicale et des lombes.

. une circulation veineuse collatérale,

. parfois ascite.

- Compression des veines sus hépatiques

. cirrhoses d'abord hypertrophiques et ascitogènes, puis atrophique, voisine de la cirrhose de Laennec, en Afrique du Nord, devant une cirrhose penser à une étiologie échinococcique.

. un examen biologique devra être pratiqué systématiquement : tests de Hanger, Mac Lagan, taux de prothrombine rapport cholestérolique et protidique, épreuves de la galactosurie et de la B.S.P.

- Compression de la veine porte

. ascite par hypertension portale,

. splénomégalie,

. hémorragies digestives.

2 - La rupture

Il est rare de constater un kyste sain, intact, nonfissuré se rompre. Dans la majorité des cas, il s'agit de kystes fissurés, infectés.

A - La rupture avant la fissuration frappe les kystes corticaux à la faveur d un traumatisme, d un effort musculaire, d'une simple gène ou d'une pression, mais rarement l'ouverture se fait dans les gros vaisseaux mais habituellement dans le péritoine avec signes de choc parfois mortels.

GOINARD et RATHERY ont signalé une rupture brusque d'un kyste sain avec mort en moins d'une demi-heure par intoxication hydatique suraiguë. Cette rupture dans le péritoine pourra être à l'origine de certaines complications ultérieures telles que :

1°) - l'échinococcose primitive hétérotopique du péritoine.

2°) - l'échinococcose secondaire,

3°) - la péritonite plastique asymptômatique (vésicule rompue : jeune et encore stérile).

B - Rupture des kystes à contenu complexe : c'est en général la règle. Les kystes sont envahis par la bile depuis longtemps.

Diverses ouvertures peuvent se rencontrer :

- Ouverture à la peau : à l'hypocondre droit,
  à l'épigastre, à l'ombilic,
  à la base du thorax,
  à l'espace intercostal,

- Ouverture dans le bassinet : rarissime

- Ouverture dans le péricarde : très rare

- Ouverture dans l'estomac : donne une vomique spécifique Affaissement de la tumeur épigastrique. Le pronostic est plus sérieux où l'on risque de voir survenir des accidents septicémiques.

- Ouverture vers la cavité thoracique, fréquente dans les bronches en passant par le lobe inférieur du poumon droit :

  . douleur brusque,

  . angoisse subite,

. vomique massive avec rejet de flot d'un liquide purulent au milieu d'une quinte de toux, d'odeur fétide. Rejet fractionné après un premier abondant, l'expectoration parfois bilieuse renferme des éléments hydatiques visibles au microscope, des accidents ultérieurs d'ordre infectieux sont possibles : bronchopneumonie, gangrène pulmonaire ou pleurésie purulente.

- Ouverture dans le tube digestif : fréquente dans le colon, surtout le colon transverse :

. signes particuliers :

. douleur brusque,

. sensation de déchirement interne,

. débâcle purulente intestinale avec débris membraneux pronostic favorable.

- Ouverture dans le péritoine

. douleur abdominale déchirante

. vomissements,

. signes de choc.

La mort peut survenir par hémorragie interne ou par péritonite aiguë, si le malade survit à cet accident, il se développe une échinococcose secondaire.

- Ouverture dans les voies biliaires : fréquente, donne lieu à un tableau clinique répondant à diverses modalités :

. syndrome d'ouverture large du kyste dans les voies biliaires avec douleurs lancinantes, accès fébriles pseudo-grippaux ou pseudo-palustres ou atypiques, subictère par rétention.

. syndrome d'évacuation massive du contenu kystique avec obstruction du cholédoque, c'est-à-dire par rétention :

. fièvre bilioseptique,

. hépato-splénomégalie,

. congestion pulmonaire avec signes bâtards.

Mort par ictère grave ou par septicémie biliaire.

3 - L'infection et la suppuration de la poche

C'est une éventualité fréquente dans 75 à 80 % des kystes dont le volume dépasse 500 cm3.

Les germes banaux et anaérobies constituent la flore de la suppuration. Deux signes dominent cette dernière : la douleur locale et la fièvre.

A - Suppuration aiguë :

1 - Douleur :

. spontanée, précoce,

. d'abord sourde, puis aiguë,

. apparition de signes de retentissement péritonéal : nausées, vomissements, sensibilité abdominale, météorisme,

. retentissement pleural : douleur phrénique, névralgie intercostale, toux, frottements pleuraux et râles sous crépitants à la base droite.

. palpation de la région hépatique : douleur accroissement de la tumeur.

. début d'altération de l'état général

2 - La fièvre s'élève :

Fièvre type de suppuration, oscillante (grandes oscillations) ou courbe irrégulière :

. inappétence, langue saburrale, nausées, diarrhée fétide,

. sueurs, teint pâle et terreux,

. l'amaigrissement augmente,

. l'aspect anémique et cachectique est frappant,

. la tumeur hépatique circonscrite devient de plus en plus douloureuse, son volume augmente à vue d'oeil et fait penser à un cancer du foie.

. l'examen de sang dénote une leucocytose et une polynucléose commune à la suppuration et au cancer.

L'éosinophilie sanguine présente au début, disparaît pendant la suppuration.

B - Suppuration atténuée

Douleur locale peu marquée

Fièvre entre 38° et 38°5 parfois absence pendant quelques semaines.

Parfois l'on assiste à une évolution apyrétique comme dans certains abcès du foie.

Etat général relativement bon et douleurs insignifiantes.

Parfois l'infection peut rester absolument latente.

La suppuration peut être le point de départ des autres complications :

- péritonite suppurée par propagation,
- péritonite généralisée,
- pleurésie séreuse ou purulente,
- broncho-pneumonie, gangrène pulmonaire, thrombose de la veine inférieure cave, embolies pulmonaires consécutives.
- endocardite maligne,
- pyohémie

4 - La lithiase parahydatique

Peut être vésiculaire ou cholédocienne.

- Vésiculaire : est souvent une découverte radiologique, sa symptomatologie s'associe aux autres signes de l'hydatose hépatique.

- Cholédocienne : rare d'évolution lente, due à un kyste calcifié le concours de la radiologie est nécessaire en vue de sa découverte.

Les examens paracliniques.

Ils apportent, soit des renseignements d'orientation, soit des éléments de certitude.

Nous envisagerons successivement :

1 - les tests d'exploration fonctionnelle du foie,

2 - la ponction exploratrice simple et la ponction-biopsie,

3 - la péritonéoscopie,

4 - les examens biologiques,

5 - la radiologie.

A - Les épreuves fonctionnelles du foie :

Dans la majorité des cas, elles sont normales et permettent donc d'affirmer l'intégrité du foie, elles expliquent la bonne et longue tolérance de la maladie.

A une phase très avancée de celle-ci, l'on observe une atteinte peu marquée de la fonction azotée et sucrée témoignant d'une souffrance minime du parenchyme hépatique localisée dans le pourtour immédiat de la tumeur.

B - La ponction

- La ponction exploratrice simple, d'opération facile donne tout de suite la clef du diagnostic. Tous les auteurs, à l'heure actuelle, la condamnent à l'unanimité parce que :

1 - Infidèle : elle trompe parfois l'opérateur qui, faisant pénétrer l'aiguille dans une zone saine sans cavité, peut méconnaître la nature kystique de la maladie. LOEPER et BOUYGUES ont écrit : "Elle est souvent plus trompeuse que vraiment utile".

2 - Risques d'accidents sérieux :

. accidents immédiats : intoxication hydatique
. accidents précoces ou tardifs.

L'intoxication hydatique se manifeste par une éruption ortiée généralisée (urticaire hydatique), subite et de courte durée, ses accidents se distinguent en :

. accidents menaçants

. dyspnée subite avec angoisse,

. vomissements, hoquet,

. météorisme, refroidissement des extrémités.

Mort subite après ponction :

. angoisse subite,

. prurit intense,

. dyspnée sans signes stéthoscopiques,

. perte de connaissance et mort dans le collapsus cardiaque terminal.

Les accidents tardifs sont constitués par l'infection et l'apparition d'une échinococcose péritonéale secondaire.

Les mêmes reproches peuvent être adressés à la ponction biopsie qui n'est pas sans dangers.

En définitive, nous déconseillons formellement cette méthode d'exploration plus nuisible qu'utile.

C - La Péritonéoscopie

C'est une méthode d'examen d'intérêt, elle se fera en milieu chirurgical.

Elle évitera la confusion entre l'hydatose hépatique et la maladie polykystique du foie. en effet, cette dernière se caractérise par la confluence des kystes, leur juxtaposition, leur disposition en grappe de raisin.

La péritonéoscopie n'est pas sans défaillance, elle apporte la preuve de la nature kystique une fois sur 3 dans les kystes corticaux.

D - Les examens biologiques

a) - L éosinophilie sanguine. oscille entre 4 et 10 %. n'est pas spécifique.

Elle a été amplement commentée par KIEN THUONG THAI sur sa thèse "Diagnostic immunologique du kyste hydatique du foie", par bon nombre d'auteurs :

- DEVE trouve qu'elle est inconstante dans certains cas de kyste hydatique vrai, qu'elle existe en dehors de, l'échinococcose.

- WEINBERG estime qu'elle fait défaut dans 50 % de kystes hydatiques.

- LEMAIRE, THIODET, AMAR KADI concluent qu'elle ne manque pas dans les cas de kystes hydatiques fissurés, rompus ou dégénérés.

- Pour GOINARD l'éosinophilie sanguine non pathognomonique est presque toujours retrouvée. c'est un bon signe d'appoint.

En résumé, nous pensons que l'éosinophilie sanguine, sans être un signe spécifique, garde une valeur diagnostique à condition que l'interprétation soit correcte.

La vitesse de sédimentation est accélérée dans les kystes hydatiques suppurés où la formule sanguine met en relief une hyperleucocytose avec polynucléose.

2 - L'intra dermo réaction de CASONI demeure le seul test valable de la maladie hydatique. La technique doit être parfaite et comporter deux réactions dont une témoin.

L'antigène employé doit être un antigène humain (BOURGEON) qui n'ait été altéré ni par l'exposition à une chaleur élevée, ni par l'adjonction d'un antiseptique chimique.

Injecter dans le derme nettoyé à l'alcool ou à l'éther (avant-bras le plus souvent) 1 à 2 /10è de cm3 de l'éntigène hydatique avec une aiguille très fine.

La lecture se fait en deux temps.

Si la réaction est positive, on voit se développer en 5 à 6 minutes, au point inoculé, une papule ortiée blanchâtre à bords nets, de la dimension d'une pièce de 50 centimes à un franc, auréolée d'une zone érythémateuse, légèrement prurigineuse. Cette réaction est dite "précoce". On voit même apparaître, en certains cas, de l'urticaire à distance.

Cette réaction précoce est seule spécifique car elle témoigne de l'allergie de l'organisme humain vis à vis de l'antigène parasitaire proprement dit, elle est d'une grande sensibilité et, par là même, d'un secours précieux.

Lorsque, au bout de trente minutes, il n'apparaît rien, la réaction précoce est considérée comme négative (DEVE). Ne pas considérer comme valable l'érythème seul disparaissant quelques minutes après l'injection (BURNET).

L'injection intra dermique peut être suivie, plusieurs heures après (12 à 24 h.) avec ou sans intervalle libre, d'une réaction érythémateuse, violente, avec oedème du tissu cellulaire sous cutanée, qui caractérise la "réaction tardive" : elle peut durer de 3 à 4 jours elle s'atténue progressivement, elle vient renforcer la valeur diagnostique de l'intra dermo réaction. La réaction tardive indique que l'antigène hydatique a pu sensibiliser l'organisme et que le kyste est fissuré.

Les divergences d'opinion sur la valeur de la réaction de CASONI sont dues certainement à des différences d'interprétation. Certains auteurs considèrent que la papule urticarienne seule a une valeur diagnostique, d'autres estiment que la seule réaction oedémateuse est spécifique.

La réaction précoce doit être exigée, avec ou sans réaction oedémateuse tardive, pour affirmer le diagnostic d'échinococcose.

La réaction persiste longtemps après suppuration ou même ablation des kystes (BOTTERI), mais elle fait défaut chez les malades ayant présenté un choc anaphylactique (après une fonction ou une intervention).

ALVI en Iran, signale des réactions de CASONI, de WEINBERG, de BORDET-WASSERMANN positives chez des sujets porteurs de kystes hydatiques opérés.

En définitive la réaction positive dans de bonnes conditions pratiques est un renseignement d'appoint dont le clinicien ne saurait s'en dispenser, la réaction reste longtemps positive après la guérison.

3 - Les autres réactions :

a) - La réaction de déviation du complément

Elle est mise au point par WEINBERG qui utilise comme antigène le liquide naturel fraîchement extrait des kystes hydatiques du mouton.

Elle se montre positive de 9 (BURNEY) à 95 % (FAIRLEY, BOTTERI), LEMAIRE pense que la réaction de WEINBERG ne devient positive qu'après fissuration du kyste qui, laissant passer les protéines, permet aussi la formation d'anticorps. La valeur de la réaction est discutable à cause de la variabilité des résultats.

LOPEZ a trouvé la réaction positive dans le toeniasis. Plus récemment les auteurs italiens, MORELLI, FERRI et ROMEO pensent qu'en utilisant de l'extrait de membrane hydatique comme antigène, la réaction devient vraiment spécifique et fidèle.

b) - La précipito-réaction ou réaction de FLEIG et de LISBONNE permettrait d'étalonner la sensibilité de l'organisme à l'antigène hydatique.

c) - L'hémo-agglutination est une méthode encore récente pour donner une conclusion définitive.

E - LA RADIOLOGIE

La radioscopie et la radiographie avec ou sans préparation peuvent apporter des indications utiles, soit en précisant la forme et la situation de l'organe, soit en montrant le déplacement des organes voisins.

Ce déplacement est facile à mettre en évidence après barytage : l estomac es souvent refoulé à gauche ou bien il présente une encoche profonde, le foie peut déterminer une empreinte curviligne à concavité droite sur l'image gastrique (DEGUILLAUME) les colons ascendant et transverse sont abaissés et déviés vers la gauche.

La vésicule, opacifiée, par l'iode peut être déjetée latéralement ou abaissée. La surélévation de l'hémidiaphragmes droit ou des hémidiaphragme est fréquente.

La découverte des calcifications kystiques dans l'aire hépatique offre des images sous trois formes (LEDOUX, LEBARD).

- forme complète : ombre plus ou moins homogène, granitée, ovalaire ou arrondie, de taille variable.

- forme limitée à une bordure calcifiée plus ou moins complète.

- simple trait curviligne, très significatif.

Les kystes à développement supérieur donnent les classiques images "en dôme , " en brioche", en "coucher de soleil". D'autres examens peuvent également être demandés :

- l'urographie intraveineuse,

- le pneumo-péritoine et le pneumo-rétropéritoine.

Nous insisterons surtout sur :

- l'étude manométrique,
- la cholécystographie,
- la cholangiographie,
- la splénoportographie et la gammagraphie.

- L'étude manométrique est un examen per-opératoire simple et précis qu'il faut confronter avec les images radiologiques. GOINARD et G. PELISSIER publient une observation où une épreuve du dycholéum, complétée le cas échéant par l épreuve de relaxation sphinctérienne au nitrite d'amyl, leur a permis de détecter avec précision chaque sphincter d'ODDI.

- La cholangiographie : elle intervient après une épreuve manométrique, permet de poser le diagnostic d'une lithiase (calcul à peine visible), d'une oddite, l'indication opératoire dans la lithiase de la voie biliaire principale, l'existence d'une compression extrinsèque, elle donne des renseignements inégaux quant au nombre et à la topographie des calculs.

Ces 2 explorations seront d'un grand secours dans le dépistage de la lithiase parahydatique.

- La cholécystographie : aura son intérêt dans le diagnostic de la lithiase vésiculaire.

- La splénoportographie :

Examen précieux pour la découverte de l'hypertension portale et les répercussions vasculaires intra-hépatiques.

Les vaisseaux seront refoulés, écartés, entassés, amputés, ces anomalies seront d'autant plus accentuées que le kyste est volumineux.

L'on distingue nettement des zones avasculaires.

Les images kystiques ont un contour net, arrondi ou ovalaire.

La splénoportographie permet de préciser le nombre et le siège des kystes.

Rarement on fait appel à :

- la phlébographie sus hépatique
- l'aortographie abdominale,
- la cavographie inférieure.

La scintigraphie ou gammagraphie hépatique, méthode plus récente qui mérite une mention plus particulière.

De tous les examens envisagés, elle est celui qui permet d'obtenir les meilleurs résultats. Les autres examens sont plus délicats et plus pénibles pour les malades, leurs résultats sont inconstants.

Les principaux traceurs utilisés sont l'or colloïdal et la rose bengal; pour une scintigraphie, l'on injecte par voie intraveineuse de 2,5 à 7 microcuries par kilo de poids.

Il faut débuter l'examen une heure après l'injection et le poursuivre dans la journée. Le produit est fixé par les cellules de Kuppfer Il est conseillé d'utiliser diverses incidences : décubitus dorsal, profil et procubitus.

La gammagraphie est le procédé de choix pour établir un diagnostic d'abcès du foie. Elle donne des images en triangle, sur l'image obtenue, on distingue les anomalies de forme et les dimensions de l'organe, les anomalies de situation et les anomalies de fixation.

Les anomalies de forme et de dimensions sont représentées par des hépatomégalies ou des atrophies.

Les anomalies de situation pourront être dues à une ptose de l'organe ou à un refoulement par une tumeur de voisinage.

Les anomalies de fixation pourront être diffuses ou localisées, la fixation est diminuée dans les altérations diffuses du parenchyme hépatique (cirrhose, hépatite).

Les anomalies localisées se traduisent par une lacune, une zone inactive sur le scintigramme. Ces zones muettes sont dues à la destruction localisée du parenchyme hépatique par un processus inflammatoire ou tumoral : abcès à pyogène ou amibien, kystes tumeurs, le plus souvent malignes, primitives ou secondaires. La détection des zones inactives est une des principales indications de la scintigraphie.

Celle-ci ne permet pas de déterminer la nature de la lacune ou de l'encoche mise en évidence, la détermination de leur spécificité repose sur les examens cliniques et biologiques.

Cet examen présente un intérêt topographique considérable et permet de poser les indications de la thérapeutique. C'est le procédé d'examen de choix des collections suppurées du parenchyme hépatique procédé simple, inoffensif, indolore, réalisable même chez des sujets très affaiblis.

- Inconvénients :

La méthode n'est pas applicable partout.

oOo

DIAGNOSTIC

Diagnostic des hépatomégalies de l'adulte,

Diagnostic positif du kyste hydatique du foie,

Diagnostic topographique.

Commentaire diagnostique.

oOo

On dit qu'il y a hépatomégalie quand le foie est augmenté de volume. Cette augmentation de volume doit être distinguée :

a) - des ptoses hépatiques :

Ici la limite supérieure du foie est abaissée et le bord inférieur dépasse le gril costal dans les mêmes dimensions si bien que le foie garde toujours son aire de matité normale.

b) - des masses tumorales :

- gros rein,
- suppuration sus ou sous hépatiques
- grosse vésicule.

c) - des anomalies topographiques

Lobe flottant droit du foie.

Le diagnostic positif d'une hépatomégalie repose :

1 - essentiellement sur l'examen clinique du malade qui apprécie le volume la surface, la régularité, la sensibilité de l'organe.

2 - les investigations paracliniques qui viennent confirmer les données cliniques, à ce titre, nous citerons :

a) - l'examen radiologique :

. avec ou sans préparation permet de constater la mobilité ou l'immobilité des organes, leur déformation, leur déplacement.

. la biligraphie intraveineuse et la cholécystographie orale mettent en lumière une lithiase.

. la gammagraphie, la splénoportographie explorent les masses tumorales.

b) - la laparoscopie, employée en cas de diagnostic hésitant, oriente vers la précision des lésions.

c) - la ponction biopsie, utile en cas de cancer du foie, contre indiquée dans les kystes hydatiques du foie,

d) - les examens biologiques nous situent sur l'état fonctionnel de l'hépatomégalie.

Abordant l'étude des hépatomégalies de l'adulte dont le diagnostic repose essentiellement sur la palpation de l'organe nous les classerons en deux catégories suivant la méthode de ALBEAUX-FERNET :

1) - les hépatomégalies de surface régulière,

2) - les hépatomégalies de surface irrégulière.

I - Hépatomégalies de surface régulière

L'hépatomégalie lisse, de surface régulière peut exister seule ou s'accompagner d'autres signes contingents, tels une splénomégalie, une ascite, une pyrexie, une anomalie de la formule sanguine, une lésion cardiaque, un ictère.

A - Hépatomégalie isolée encore appelée hépatomégalie solitaire, elle s'observe chez un sujet d'apparence en bon état de santé, ne se plaignant d'aucun trouble important si ce n'est une sensation de pesanteur de l'hypocondre droit, l'état général est satisfaisant, le foie est gros.

a) - Congestion hépatique

Fréquente, caractérisée par des poussées congestives du foie qui est plus ou moins sensible à la pression. L'enquête alimentaire dénote des accès chez un gros mangeur, tel genre de foie régresse avec le régime et le séjour en cure thermale.

b) - Surcharges hépatiques

Ne sont pas considérées du point de vue fonctionnel et clinique comme des maladies le régime, les cholagogues et les cures thermales demeurent sans effet. Ce sont des hépatites de surcharge observées, fréquemment dans les stéatoses d'origine alcoolique, tuberculeuse, toxique ou métabolique et dans l'amylose.

c) - L'hépatomégalie solitaire peut être constatée :

- au début d'une cirrhose (voir plus loin)

- au début d'une hémachromatose reconnaissable aux signes suivants :

. triade : cirrhose, diabète et pigmentation cutanée,
. hépatomégalie

- la cirrhose est constante, la pigmentation cutanée diffuse, de couleur bronzée ou gris métallique.

- le diabète est assez souvent insulino-résistant, il y a une augmentation importante du fer sérique dans le sang.

- l'échinococcose primitive du foie dans sa forme simple se manifeste par une hépatomégalie solitaire (voir diagnostic positif).

d) - Le kyste solitaire du foie (très rare)

L'hématomégalie est énorme ou de volume modéré, lisse, indolore.

Absence de troubles de l'état général, de symptômes fonctionnels appréciables, d'ictère, d'ascite, de signes d'hypertension portale, de splénomégalie, d'adénomégalie.

Intégrité des fonctions hépatiques.

La péritonéoscopie et la radiologie permettent de poser le diagnostic.

B - Hépatomégalie associée à une splénomégalie

a) - Paludisme

L'hépatomégalie lisse, régulière, de volume modéré, s'observe dans le paludisme viscéral évolutif, dans la cachexie palustre, dans les séquelles paludéennes. La grosse rate fragile, la présence d'hématozoaires dans le sang, les antécédents palustres et la notion de séjour dans les tropiques sont autant d'arguments qui font faire le diagnostic.

b) - Hémochromatose

au syndrome endocrinien ci-dessus s'ajoute la splénomégalie.

c) - Dégénérescence amyloïde chez des suppurants chroniques, l'hépatosplénomégalie s'accompagne d'une albuminurie massive, de diarrhée, de polyurie, des oedèmes et d'hypoprotéinémie, dans les urines l'on peut trouver des corps biréfringents et des cylindres cireux.

C - Hépatomégalie avec anomalie de la formule sanguine.

La pâleur des téguments est notable, les malades font des hémorragies cutanées et des muqueuses, la numération globulaire et la ponction sternale mettent sur la voie du diagnostic.

a) - La leucémie myéloïde

- hépatomégalie inconstante, le foie peut être modérément hypertrophié, lisse et ferme.

- splénomégalie constante et souvent considérable. La rate est lisse régulière, assez dure et indolore (sauf en cas de périsplénite) son absence plaide contre le diagnostic de leucémie myéloïde.

- parfois syndrome hémorragique.

- Examens de laboratoire

- Sang : hyperleucocytose souvent considérable, pouvant exceptionnellement atteindre 500.000 et même 1.000.000 par mm cube.

- formule sanguine bigarrée avec cellules jeunes,
- anémie normochrome,
- plaquettes sanguines augmentées.

- Moëlle

- hyperplasie avec augmentation du taux des myéloblastes

- Ponction de la rate

Présence de tous les éléments de la série myéloïde, mûrs et immatures.

b) - Leucémie lymphoïde

. hépatomégalie plus ou moins nette,

. splénomégalie constante mais jamais très considérable, germe, régulière, mobile ferme,

. adénopathies superficielles généralisées et symétriques au cou, aux aisselles, aux aines.

. adénopathies profondes avec souvent un syndrome médiastinal (toux, dyspnée, dysphonie)

. Manifestations cutanées : lymphodermies circonscrites ou disséminées.

- Examens de laboratoire

- Sang

- hyperleucocytose entre 50.000 et 200.000 à prédominance de lymphocytes (60 - 65 %)

- anémie tardive, normochrome et normocytaire,

- hyperplaquettose.

- Moelle osseuse

- Infiltration lymphocytaire (entre 20 et 80 % des éléments).

c) - Maladie de Hodgkin

- hépatosplénomégalie modérée,

- adénopathies superficielles de volume inégal, indolores.

- adénopathies profondes pouvant déterminer des troubles de compression(syndrome médiastinal)

- fièvre capricieuse rarement ondulante,

- manifestations cutanées : prurit pénible, exanthémes prurigineux.

- Examens paracliniques

- anémie normocytaire

- polynucléose neutrophile

- éosinophilie sanguine à 10 - 15 %

- cellules de Sternberg lèvent tous les doutes.

D - Hépatomégalie accompagnée d'ascite

L'hépatomégalie est majorée d'une ascite avec signes d'insuffisance portale et hépatique.

Abdomen volumineux avec circulation collatérale.

- foie difficile à apprécier, détecté par le phénomène de glaçon.

- splénomégalie,

- tendances aux hémorragies,

- oedèmes.

a) - cirrhose hypertrophique veineuse de Hanot

C'est une hépatite scléreuse hypertrophique ou cirrhose hypertrophique veineuse de Hanot et Gilbert frappant souvent la femme et dont l'étiologie est éthylique.

Foie gros, dur

b) - Cirrhose cardiaque

C'est le tableau clinique d'une cirrhose hypertrophique avec ascite.

- foie très gros, irréductible à la phase terminale, un peu douloureux à la pression.
- rate rarement grosse.
- ascite abondante,
- oedèmes des membres inférieurs,
- circulation collatérale discrète,
- reflux hépatojugulaire.

Ces signes plaident en faveur d'une cardiopathie.

- altération des épreuves fonctionnelles surtout baisse du cholestérol.
- pression veineuse augmentée et allongement de la vitesse circulatoire,
- l'examen radiologique du coeur est nécessaire au diagnostic.
- le traitement diététique et digitalique oriente sur une origine cardiaque.

c) - Cirrhose hépato-splénique

- gros foie,
- hémorragies digestives abondantes
- la rate diminue de volume au décours des hémorragies.

E - Hépatomégalie accompagnée d'ictère

a) - Ictère chronique par rétention :

- foie lisse, de consistance normale, n'est pas très volumineuse.
- ictère très marqué, sels et pigments dans les urines.

- selles décolorées évoquant une obstruction :

- lithiase du cholédoque, ou un cancer de la tête du pancréas,

- adénopathie hilaire,

- kyste hydatique de la face inférieure du foie.

P. BACQUES divise les ictères de l'hydatose hépatique en deux groupes

1 - les ictères par obstacles de la voie biliaire principale : par rétention.

2 - les ictères qui n'appartiennent pas ou partiellement à ce groupe : ce sont des ictères mixtes. Ces ictères par rétention ont pour cause :

- une compression extrinséque des voïes biliaires, par un kyste hépatique ou de voisinage,

- une obstruction des voies biliaires par des débris hydatiques par lithiase, conséquence de la parasitose, par un accident paroxystique de dystonie biliaire d'origine nerveuse, tumorale.

L'auteur conclut qu'en présence d'un ictère, penser à l'hydatose, de même quand il s'agit d'une lithiase vésiculaire confirmée, parfois l'on rencontre des associations.

Toujours faire une cholangiographie per ou post-opératoire en cas de kyste ou en cours d'intervention sur les voies biliaires pour dépister d'autres kystes éventuels.

b) - Hépatites à virus

Dans l'ictère à rechute des hépatites à virus, le foie n'est pas dur et la rate est souvent palpable.

Le diagnostic entre ictère obstructionnel et ictère par hépatite le diagnostic est difficile à trancher. La laparoscopie ici est d'un grand secours.

1 - Dans l'ictère par obstruction. l'on a la couleur verte du foie souvent inégale, donnant l'aspect bigarré.

La vésicule est grosse, dure, tendue au palper laparoscopique dans l'obstruction cholédocienne d'origine tumorale.

La vésicule peut être vide, flasque, rétractée dans des obstructions siégeant au-dessus du carrefour cholédocien. Les vésicules scléro-atrophiques et enflammées dans un ictère par rétention ne se rencontrent à peu près spécifiquement que dans la lithiase vésiculaire.

2 - Dans les ictères par hépatite, les aspects du foie et de la vésicule sont caractéristiques.

Au début et à la période d'invasion de la maladie, l'on a un foie avec un aspect congestif soit diffus, soit localisé à un lobe, la capsule reste translucide. Souvent le foie est pâle, parfois il peut affecter un aspect discrètement bigarré. Puis il diminue de volume, sa teinte s'éclaircit.

Dans la première semaine, les modifications de la vésicule semblent traduire une certaine atonie des voies biliaires par la suite, la vésicule est flasqué, vide, puis elle devient tendue, remplie au maximum.

c) - Ictère hémolytique congénital ou ictère chronique familial

L'hépatomégalie est généralement moins nette.

La splénomégalie à peu près constante et parfois considérable.

L'ictère léger, évolue par poussées, les selles ne sont pas décolorées.

Les ulcères aux jambes, la lithiase biliaire et les lésions osseuses sont particulièrement fréquents.

Les examens de sang découvrent :

- une sphérocytose,
- une microcytose,
- une anisocytose,
- une réticulocytose,
- une neutropénie et une thrombopénie,
- une diminution de la résistance globulaire,
- une hyperbilirubinémie indirecte,
- le test de Coombs est négatif.

La notion de familiarité et l'examen de sang permettront d'écarter les autres anémies hémolytiques où certaines maladies infectieuse telles que la fièvre typhoïde, une méningite ou une leucémie aiguë.

d) - Maladie de Hanot

- hépatomégalie énorme, lisse, dure, indolente,

- rate hypertrophiée,

- ictère au "long cours", chronique, fébrile au début, puis apyrétique et indolore dans l'intervalle des poussées.

- atteinte tardive de l'état général qui reste bien longtemps conservé,

- urines de volume normal, contenant des sels et pigments biliaires,

- selles normales en couleur,

- absence d'ascite, de circulation collatérale, d'oedèmes des membres inférieurs et d'hémorragies,

- mélanodermie, hippocratisme digital et micropolyadénomatpathie superficielle (Hanot)

- bonne conservation de l'état fonctionnel hépatique avec seulement une perturbation de la fonction biliaire.

F - Hépatomégalies fébriles

L'hépatomégalie s'accompagne d'une fièvre soit continue, soit intermittente.

a) - hépatomégalie du cancer du foie

Deux formes :

1 - La forme tumorale,

2 - la forme fébrile à type d'abcès tropical.

- Forme tumorale

Foie lisse régulier, immobile dans les mouvements respiratoires.

Hypertrophie rapide avec hépatalgies franches à irradiation vers l'épaule droite, transfixantes ou douleurs épigastriques.

Amaigrissement avec anémie.

Troubles digestifs : anorexie, digestion pénible avec nausées ou vomissements.

- Forme fébrile à type d'abcès tropical

. la fièvre constitue le signe majeur,

. fébricule continu ou à type de fièvre ondulante,

. douleur très intense à irradiation vers l'épaule droite, à la palpation, à l'ébranlement

. tuméfaction d'importance variable, hépatomégalie à évolution rapide, type massif ou nodulaire (dureté du foie),

. constatation d'une zone douloureuse,

. d'hépatomégalie, l'hépatoalgie et la fièvre élevée orientent vers un abcès du foie.

- l'examen de sang montre parfois une hyperleucocytose avec polynucléose.

Rechercher l'existence d'un cancer primitif du foie par ponction biopsie.

La scintigraphie occupe une importance de premier plan parmi les méthodes d'investigation mises en oeuvre pour détecter des tumeurs hépatiques, elle donne des images lacunaires dans le cancer primitif du foie, ces images ne sont pas spécifiques puisqu'on les trouve également dans les kystes hydatiques du foie.

CACHIN et F. PERGOLA souhaitent qu'on puisse découvrir une substance qui aurait une spécificité de fixation sur les tumeurs malignes. La laparoscopie, la splénoportographie apportent, comme la gammagraphie, de précieux renseignements à l'édification diagnostique.

b) - Abcès amibien du foie

C'est un diagnostic qui prête souvent à confusion entre cancer primitif du foie à forme d'abcès tropical et un kyste hydatique suppuré, la preuve est que notre malade a été considérée au départ comme porteuse d'une hépatite amibienne suppurée et traitée en conséquence.

L'hépatite amibienne comprend :

1 - la forme non abcédée,

2 - la forme abcédée.

- La forme non abcédée

'Il n'y a pas d'abcès du foie sans hépatomégalie".

Trois signes sont caractéristiques :

1) l'hépatomégalie,
2) la douleur,
3) la température

} trépied de Fontan

- début variable, brutal le plus souvent, rarement insidieux,

- la fièvre ne manque pratiquement jamais,

- la douleur (maître - symptôme) se localise à l'hypocondre droit, avec irradiation à l'épaule droite, parfois l'on enregistre des localisations atypiques.

- hépatomégalie régulière, dure, douloureuse à la pression,

- douleur provoquée à la percussion (signe de l'ébranlement hépatique de BLANC et SIGUIER)

- état général bon ou profondément altéré,

- rechercher dans l'interrogatoire un épisode dysentérique, un séjour sous les tropiques.

- pas d'ictère, pas de circulation collatérale, pas d'ascite.

Les examens de sang mettent en relief une hyperleucocytose avec une polynucléose (inconstante), une vitesse de sédimentation élevée.

La présence des amibes et kystes dans les selles apporte la clef du diagnostic, mais elle est inconstante.

- La rectosigmoïdoscopie a des résultats inconstants aussi.

La coproculture peut aider au diagnostic.

La radiologie est précieuse, positive dans les 2/3 des cas.

Enfin, l'épreuve du traitement à l'émétine est une excellente méthode, mais dans notre observation elle a donné de faux espoirs égarant ainsi le diagnostic.

2 - Hépatite abcédée

- état général mauvais ou peu altéré,

- fièvre, parfois apyrexie

- douleur hépatique spontanée constante,

- les signes physiques sont variables suivant la topographie de l'abcès :

. abcès antérieur : voussure de l'hypocondre droit,

. abcès central : hépatomégalie diffuse

. abcès à évolution supérieure : syndrome pleuro-pulmonaire de la base droite,

. abcès du lobe gauche : tumeur épigastrique

Le diagnostic des abcès du foie n'est pas chose facile et FONTAN a dit : "il est plus difficile de diagnostiquer un abcès du foie que de l'opérer. Avant tout il faut y penser".

c) - Angiocholite lithiasique à forme suppurée

- hépatomégalie constante, douloureuse, de moyenne importance,

- ictère discret,

- fièvre qui peut être continue, rémittente, discrète ou très élevée, elle est souvent accompagnée de poussées paroxystiques avec frissons.

- l'interrogatoire décèle des crises de colique hépatique.

d) - Cirrhoses malignes

Très souvent il s'agit de sujets aux antécédents tuberculeux, liques, auxquels s'ajoute une note d'insuffisance hépatique précoce et grave. La cirrhose hypertrophique de Hutinel-Sabourin est le type le plus fréquent :

- foie énorme, dur, douloureux à la palpation.

- ascite modérée ou minime avec ébauche de circulation collatérale,

- amaigrissement,

- subictère,

- température entre 38 et 39°

Mort en 2 à 3 mois dans un tableau d'insuffisance ou de granulie.

e) - Adéno-cancer avec cirrhose

C'est le tableau clinique d'une cirrhose hypertrophique avec subictère, ascite, circulation veineuse collatérale, troubles digestifs, hémorragies. L'ascite se reproduit vite et oblige à des ponctions répétées.

Foie gros, après une ponction, la palpation de celui-ci peut relever une nodosité.

f) - Distomatose hépatique

Affection rare mais de diagnostic délicat :

- troubles gastro-intestinaux,

- poussées fébriles,

- anémie,

- éosinophilie sanguine élevée, constante.

Faire un tubage duodénal pour la recherche des oeufs de fasciola hépatica et un examen coprologique des selles, une intradermoréaction à l'antigène du type Fairley.

Rechercher un séjour dans certaines régions d'élevage surtout des moutons et une ingestion de cresson.

II - Hépatomégalies irrégulières

A - Hépatomégalie irrégulière du cancer secondaire du foie :

- éventualité fréquente,
- foie irrégulier, dur, douloureux, fixé,
- foie bosselé, "marroné", nodosités de volume variable.

Parfois ictère et ascite légère. Amaigrissement rapide et progressif.

Il faut rechercher un cancer primitif du tube digestif (estomac intestin, oesophage), des organes génitaux surtout chez la femme.

B - Hépatite scléro-gomeuse syphilitique (exceptionnelle)

- gros foie " ficelé " : surface irrégulière présentant des sillons, des déformations du bord antérieur.
- splénomégalie modérée.

Rechercher des stigmates de syphilis : artérites, réflexes pupillaires

- réaction sérologiques (B.W. - NELSON - BENJOIN - colloïdal)
- épreuve du traitement.

C - La maladie polykystique du foie

Peut être une cause d'erreur avec l'hydatose multiple.

Foie énorme, monstrueux, irrégulier, parsemé de nodosités fermes ou dures.

Foie mobile, indolore dans les kystes non compliqués.

Absence d'ictère, d'ascite, de splénomégalie, d'adénopathies, de signes d'hypertension portale.

Bon état général.

Gros foie isolé, latent, sans signes d'insuffisance hépatique.

Intégrité des fonctions hépatiques.

Réactions biologiques de l'échinococcose négatives.

D - Echinococcose secondaire

- tumeur du foie avec tumeurs multiples de l'abdomen,

- état général altéré,

- hépatomégalie irrégulière avec nombreuses nodosités disséminées dans l'abdomen,

- ascite.

L'exploration vaginale ou rectale peut découvrir une masse (rectite) dans le petit bassin.

oOo

DIAGNOSTIC POSITIF

Il repose sur :

1 - des constatations cliniques,

2 - l'enquête étiologique,

3 - la biologie,

4 - la radiologie.

A - Données cliniques

Les signes sont variables suivant la localisation et l'évolution.

L'hépatomégalie est le signe majeur, ses aspects séméiologiques variables.

Dans le kyste hydatique simple, unique, elle détermine une voussure limitée de l'hypocondre droit, une tuméfaction circonscrite, régulière rétinente et indolore, la tumeur, entre dans son évolution contraste avec l'absence de troubles des fonctions hépatiques ou digestives.

Il n'existe aucun retentissement sur l'état général.

Le kyste multiple et compliqué se caractérise par une hypertrophie hépatique irrégulière, douloureuse spontanément, douloureuse à la pression, à la palpation et à l'ébranlement, l'existence des signes généraux.

Le frémissement de Briancon que des anciens auteurs qualifiaient de pathognomonique n'est pas spécifique, il s'observe dans certaines péritonites tuberculeuses (DEVE).

Les signes avant-coureurs de la période initiale (pesanteur de l'hypocondre droit, douleur de l'épaule droite, diarrhée, anorexie)

sont inconstants, leur existence et leur signification sont banales en séméiologie hépatique.

L'apparition de poussées d'urticaire chez un malade porteur d'une tuméfaction circonscrite du foie doit faire songer à la possibilité de rupture du kyste, l'urticaire en pareil cas constitue un élément pronostique.

L'urticaire peut s'observer après une ponction du kyste, en cas d'intoxication hydatique, parfois au début de la maladie, il se rencontre également dans les intoxications médicamenteuses, digestives ou même cholérique (Gilbert et Lereboulet).

L'urticaire au cours de l'échinococcose est presque toujours lié à une rupture de la vésicule parasitaire.

En conclusion aucun signe clinique n'est spécifique.

B - Enquête étiologique

N'est pas à négliger. Il faut savoir dépister la notion d'une tumeur hydatique antérieure opérée chez le malade ou chez ses parents (père, mère, frère, soeur), d'une colique hépatique.

L'origine du malade, le séjour dans les pays d'endémicité échinococcique, sa profession ou son voisinage familial, son âge, son contact avec des chiens (surtout d'abattoirs), ses antécédents depuis l'enfance, voilà autant de renseignements qui, s'ils sont positifs, viennent enrichir les éléments d'orientation diagnostique.

C - La biologie

Certains examens sont systématiquement demandés par des cliniciens :

- l'éosinophilie sanguine,
- la réaction de déviation du complément,
- l intra dermo réaction de Casoni.

- Eosinophilie sanguine :

Supérieure à 5 % est un signe intéressant, mais elle plaide aussi en faveur des parasitoses (helminthiase intestinale, distomatose), des maladies allergiques, des états anaphylactiques (asthme urticaire).

Dans une statistique de 1000 cas de kyste hydatique en Iran A. ALVI et MAGHAMI ont trouvé des taux d'éosinophilie variables :

36 % - moyenne : 6 %
12 % des kystes hydatiques avec taux inférieur à 2 %

- Pour LEMAIRE sa présence signerait la fistulisation du kyste provoquant le passage des protéines du kyste et partant l'anaphylaxie échinococcique.

La majorité des auteurs lui accordent une valeur relative.

C'est un signe ni constant, ni suffisant.

Sa présence seule ne permet pas d'affirmer l'échinococcose.

- La réaction de déviation du complément ou réaction de Weinberg, la réaction de Fleig et Lisbonne (voir examens complémentaires) donnent des résultats variables qui les discréditent.

- L'intra dermo réaction de Casoni (voir examens biologiques) demeure le test le plus valable dans l'échinooccose.

- L'hémoaglutination est une méthode encore récente pour donner une conclusion définitive.

La constatation d'une hyperleucocytose parfois en défaut, avec polynucléose neutrophile, d'une vitesse de sédimentation élevée témoignent d'une inflammation.

Les tests hépatiques restent longtemps normaux.

D - La ponction exploratrice est formellement interdite (risque d'intoxication hydatique ou d'apparition d'échinococcose secondaire) (voir examens complémentaires).

E - La laparoscopie trouve son indication dans les cas de diagnostic difficile.

F - La radiologie apporte des renseignements précieux.

La radioscopie est intéressante dans le diagnostic des kystes hydatiques du foie à développement thoracique.

La radiographie sans préparation met en évidence l'existence d'une image en brioche de la convexité diaphragmatique, ou d'une calcification dans l'aire hépatique ces calcifications se présentent sous des aspects variables : simple liseré curbiligne, ou parfois continu, épais "en anneaux", en "cerceaux" ou en "arc de cercle".

La cholécystographie est utile en cas de lithiase parahydatique.

La splénoportographie nous donne l'image de l'hépatomégalie et permet d'affirmer l'origine hépatique d'une masse tumorale sous-

diaphragmatique sans toutefois en déterminer la nature exacte, les images rencontrées sont celles ou de refoulement "harmonieux" des vaisseaux environnants ou d'amputations vasculaires franches.

Les images des kystes hydatiques suppurés sont difficiles à distinguer des autres suppurations hépatiques.

La gammagraphie ou scintigraphie (voir examens complémentaires) est une méthode d'investigation récente, simple, mise au service de l'hépatologue, à un intérêt topographique considérable.

Chez notre malade, le diagnostic de tumeur hépatique nous a été finalement révélé par cette méthode d'examen.

Le diagnostic topographique est l'affaire du chirurgien.

La gammagraphie trouve ici son intérêt, elle résoud les difficultés diagnostiques relatives aux collections suppurées du foie (surtout de lobe gauche) et des organes environnants sous diaphragmatiques.

Il faudra en outre apprécier :

- le nombre : kyste unique ou multiple.
- le contenu,
- les caractères du kyste : simple ou compliqué,
- l'existence d'une fistule,

Un examen approfondi et un interrogatoire très poussé sont nécessaires :

- palper soigneusement le foie pour rechercher une tuméfaction unique ou multiple de la face inférieure.

- délimiter aussi avec soin la ligne supérieure de la matité hépatique par percussion,

- la radiographie doit complété l'examen clinique et terminer le siège.

- Quel est le contenu du kyste ?

La fièvre peut parfois manquer, c'est un cas exceptionnel.

En règle générale, il existe des phénomènes inflammatoires et douloureux locaux, une augmentation de volume de la tumeur, une pyrexie, une hyperleucocytose avec polynucléose.

Le kyste est-il simple, hydatique, complexe, bourré de vésicules ?

La notion d'âge du malade a son importance : kystes simples chez les enfants et adolescents.

L'ictère signe le plus souvent un engagement d'hydatide dans les les voies biliaires.

L'examen des matières fécales peut faire ressortir la possibilité de débris hydatiques.

- Cas particulier :

La persistance de l'éosinophilie hydatique après l'ouverture chirurgicale d'un kyste doit faire penser à la persistance après opération d'un ou plusieurs kystes passés inaperçus.

oOo

COMMENTAIRES

L'intérêt de l'observation que nous avons présentée réside dans les difficultés diagnostiques.

- Résumé de l'observation :

- des antécédents d'échinococcose (kyste hydatique du poumon opéré en Algérie : Oran).

- un séjour en Afrique du Nord,

- un début brutal d'un syndrome infectieux fébrile avec :

. une violente douleur épigastrique,

. un subictère,

. une leucocytose normale et d'une polynucléose légèrement augmentée,

. des tests hépatiques perturbés.

- une antibiothérapie associée à la corticothérapie va apporter une amélioration passagère suivie quelques jours après d'une reprise de symptômes :

. température à 38°

. douleur de l'hypocondre droit à la respiration profonde, douleur à l'ébranlement, douleur provoquée de la région vésiculaire;

- l'examen ne montre pas de gros foie ni de grosse rate. Le reste de l'investigation est normal.

Une deuxième formule sanguine donne une leucocytose et une polynucléose normale.

Une éosinophilie à 5 %

Les tests hépatiques cette fois-ci normaux.

La réaction de Casoni négative.

La radio vésiculaire montre une grosse vésicule sans calcul.

Trois hémocultures pratiquées sont stériles,

L'examen des selles ne révèle ni amibes ni kystes.

Deux vitesses de sédimentation :

. la première le 12.8 : 105 - 118
. la deuxième le 12.9 après intervention : 96-122

Le traitement d'épreuve à l'émétine a apporté une baisse fébrile de quelques jours faisant croire à un abcès amibien, ainsi l'on envisageait la sortie de la malade dans les jours à venir, mais une recrudescence de la fièvre et une réapparition de la douleur font rebondir le problème diagnostique. Des examens complémentaires sont encore demandés :

- la numération formule sanguine décèle alors une leucocytose et une polynucléose neutrophile.

- la radioscopie thoraco-abdominale : surélévation et immobilité de la coupole diaphragmatique droite,

- la scintigraphie : tumeur de la région latérale droite assez volumineuse.

A l'entrée du malade et dans la période antérieure au 15 septembre, aucune précision diagnostique ne pouvait s'affirmer d'autant plus que tous les examens n'étaient faits. Quelques hypothèses furent retenues avant la gammagraphie :

- abcès amibien du foie

Nous avons :

. une notion de séjour en Algérie mais qui n'est pas étayée d'antécédents amibiens, de présence de parasite dans les selles,

. une vitesse de sédimentation élevée contrastant avec une absence d'hyperleucocytose et de polynucléose.

. une douleur de l'hypocondre droit n'étant pas spécifique de l'abcès du foie,

. un subictère qui ne plaide pas en faveur d'un abcès du foie.

Le traitement à l'émétine a fait naître quelques espoirs mais se verra trahi par la reprise des signes.

Pourquoi cette baisse fébrile durant le traitement émétinien ?

Nous connaissons les actions physiologiques de l'émétine :

Actions sur les fibres musculaires lisses :

Actions sur le coeur,

Actions sur l'utérus,

Actions sur le système nerveux,

Actions hémostatiques,

Actions amoebicides

L'émétine est sans action sur le toenia échinocoque. En 1951 J. CAROLI avait traité avec échec un malade de 33 ans atteint de kyste hydatique du psoas et de kystes d'amibes dans les selles avec l'émétine et du violet de gentiane.

Faut-il croire aux travaux Suisses" récents qui s'élèvent contre la conception trop étroite et qui 'accordent à l'émétine en plus des actions ci-dessus énumérées un rôle antibactérien ? l'émétine agissant sur les germes de la suppuration du kyste a entraîné probablement la baisse transitoire de la fièvre.

- Une cholécystite lithiasique avec angiocholite

Le subictère précédé d'un syndrome infectieux fébrile avec douleur de la région vésiculaire devait faire envisager ce diagnostic mais nous manquons de passé lithiasique et d'autre part la radiographie vésiculaire ne montre pas la présence de calcul.

- Un cancer primitif du foie à forme d'abcès tropical

La bonne conservation de l'état général du malade, le caractère léger de l'ictère, l'intégrité des fonctions hépatiques et les caractères du foie éléminent cette éventualité.

- Un ictère par hépatite.

La présence d'un ictère avec ses caractères faisait porter le diagnostic d'ictère viral prolongé.

- Un kyste hydatique suppuré du foie

La notion d'un kyste hydatique opéré à Oran, le séjour en Algérie, la présence d'un ictère, l'éosinophilie sont des signes de probabilité. La réaction de Casoni négative ne peut infirmer ou confirmer le diagnostic de kyste hydatique du foie, mais sa négativité se retrouve dans certains kystes hydatiques. surtout dans les kystes hydatiques suppurés. L'examen clinique du foie ne met pas en relief

la nature kystique ou ne permet pas de la soupçonner, le doute subsiste.

Les cliniciens se trouvaient donc devant un embarras diagnostique qui n'avait pas épuisé toutes les ressources des examens complémentaires.

Il fallut donc faire appel à la scintigraphie de dernière heure, celle-ci montrera l'existence d'une grosse image lacunaire du foie et dictera une intervention chirurgicale, laquelle ? et comment ?

La laparotomie fut en même temps une méthode et d'exploration et diagnostic et de traitement, précisant la nature kystique de la tumeur sur la face inférieure du lobe droit du foie.

Les erreurs diagnostiques ont existé et existent toujours même dans les pays d'hydatose car le kyste n'a pas de symptomatologie propre, elle est polymorphe. Dans le cadre des hépatomégalies, qu'il s'agisse de gros foie solitaire ou accompagné, de gros foie régulier ou irrégulier, le kyste hydatique peut simuler n'importe quelle affection hépatique suivant son degré d'évolution.

Même les plus grands éminents hépatologues comme DEVE, BOURGEON, DEMIRLEAU se sont heurtés à plusieurs reprises à des difficultés diagnostiques.

Les examens biologiques, hormis la réaction de Casoni, ne sont pas spécifiques, ils revêtent une importance tout à fait relative.

La ponction, très déterminante est formellement interdite compte tenu des risques d'intoxication hydatique et d'échinococcose secondaire.

La péritonéoscopie est indiquée en cas de doute. La scintigraphie, la splénoportographie vous permettent d'affirmer la présence d'une tumeur et de préciser sa topographie sans en déterminer la nature.

En conclusion :

1 - Il faut savoir penser au kyste hydatique du foie chez tout hépatique, surtout en pays d'échinococcose.

2 - Penser plus encore au kyste hydatique compliqué en présence de tout hépatique présentant :

- des poussées douloureuses au niveau de l'hypocondre droit,
- de l'ictère ou du subictère à répétition,
- des manifestations d'urticaire.

3 - Pratiquer systématiquement l'intradermoréaction de Casoni chez ces hépatiques ou urticariens avec le même esprit de routine que les cuti-réactions chez les pulmonaires.

- Le diagnostic de kyste hydatique est évident :

  - foie avec tuméfaction arrondie : le cas est rare,
  - demander néanmoins les examens : scintigraphie
  - transit gastro-duodénal
  - lavement baryté ou insufflation colique,
  - cholécystographie,
  - film d'ensemble des coupoles diaphragmatiques,
  - ensuite le chirurgien précise la topographie et les dimensions.

- Le diagnostic est à confirmer :

C'est alors que seront mise en oeuvre les méthodes de contraste en choisissant les plus simples et les plus inoffensives.

Si les examens précédents sont négatifs, on pourrait employer ou envisager :

1 - le pneumopéritoine ou rétro pneumopéritoine, valable pour les bordures,

2 - pour le parenchyme :

. l'aortographie,

. la splénoportographie et enfin la cholangiographie laparoscopique.

oOo

TRAITEMENT

- Traitement des kystes hydatiques primitifs du foie

Tout kyste hydatique diagnostiqué doit être opéré.

Le traitement médical idéal reste à découvrir, en attendant l'on continue d'employer la solution de thymol iodé pur à 2 % - IM (méthode de CUERVO) qui agit, non pas comme parasiticide direct, mais de façon indirecte par stimulation de la désagrégation moléculaire de l'hydatide (Perez FONTANA de Montevidéo).

Le traitement est uniquement chirurgical. Nous n'apportons aucune nouveauté à ce chapitre, mais nous voulons seulement insister sur la nécessité de l'exploration préalable des voies biliaires, étant donné la latence clinique d'une hypertension biliaire se traduisant par une dilatation cholédocienne. Le manque d'exploration de l'arbre biliaire dans les kystes hydatiques suppurés laisse échapper une dilatation des vaisseaux biliaires, la voie biliaire principale surtout, d'où résulteront soit des ruptures, soit des fistules biliaires dont le traitement n'est pas chose facile.

Dans un article de 4 observations sur le traitement des kystes hydatiques du foie, LIARAS et FRAILONG concluent :

1 - il faut s'assurer de l'état des voies biliaires.

Commencer au stade pré opératoire par les épreuves radiologiques habituelles de coloration des voies biliaires principales et accessoires. Ensuite exploration par radiomanométrie. Supprimer toute cause d'hypertension.

En dernière analyse traiter le kyste.

Evacuation et toilette parasiticide.

Puis traiter la poche résiduelle qui sera le plus souvent simple : être le plus souvent conservateur".

J. CAROLI et PARAF avaient déclaré dans un cas de traitement de kyste hydatique perforé dans la vésicule biliaire :

" Quand une intervention est nécessaire, enfin, elle doit être double et porter à la fois sur le kyste et sur le cholédoque".

L'ALMEZEC, V. JAFFRY, J. BOTTA et F.X. BOQUET pensent aussi qu'il faut, si l'état du malade le permet, traiter le kyste hydatique et ses complications.

L'inventaire thérapeutique chez notre malade nous permet de dire que le traitement a été méthodique et complet, c'est-à-dire qu'elle a reçu :

- un traitement pré opératoire : antibiotiques, anti-inflammatoire, vitaminothérapie.....

- des explorations radiologiques pré, per et post opératoires,

- une exploration des voies biliaires après laparotomie,

- le traitement de sa dilatation cholédocienne (duodénotomie, sphinctérotomie cholédocienne avec drainage),

- enfin, le traitement du kyste (ponction, formolage, curetage de la poche puis drainage).

Les suites opératoires ont été bonnes. La malade revue le 18 juin 1964 conserve un état général satisfaisant, les tests hépatiques et les examens radiologiques de contrôle sont normaux.

Nous résumons brièvement le traitement pré opératoire, celui du parasite et enfin le traitement de la poche résiduelle.

- Traitement pré opératoire

Il est indispensable, avant l'opération, de procéder, si les nécessités l'exigent, à une rééquilibration hydrique, protidique et sanguine, la vitaminothérapie, l'antibiothérapie, la corticothérapie, la médication hépato-protectrice aideront le malade à remonter le cap de l'intervention.

- Traitement du parasite

L'ablation du parasite est un acte facile où tout le monde est d'accord.

La ponction de la poche parasitaire sur une zone extériorisée précède l'aspiration du liquide qui peut être :

- lente, pour les gros kystes sains, sous tension

- ou bien rapide avec un trocart de LEGUEU pour les kystes hydatiques compliqués, avec cette méthode, l'on a la possibilité de désobstruer la lumière du trocart encombrée par des débris de membrane.

- La stérilisation du kyste

La solution de formol à 2 % est le parasiticide qui a manifesté le plus d'éfficacité.

La ponction aspiration soustrait une quantité importante du contenu kystique puis l'on injecte avec une poire ou une seringue, dans la poche, de la solution de formol égale au tiers du liquide aspiré.

Laisser en contact 5 minutes.

- La vidange du kyste

L'on aspire le parasiticide et l'on élargit l'orifice de la ponction, geste qui permet de vérifier l'existence des vésicules filles ou de vésicules proligères qu'il faut extirper avec une pince en coeur.

- Traitement de la cavité résiduelle

C'est le problème essentiel d'où naissent toutes les divergences chirurgicales.

Nous distinguerons :

1 - Les méthodes radicales (leurs avantages, leurs inconvénients, et leurs indications),

a) - l'hépatectomie réglée,

b) - la kystectomie,

c) - la résection du dôme saillant.

2 - Les interventions itératives :

Les méthodes radicales ou d'exérèse

A - L'hépatectomie réglée :

. ses partisans : BOURGEON, GUNTZ, PIETRI, GOUINAUD, SULTAN, MODARESSI, MALAMUD, HEPP, CHEVRET.

. les hostiles : GOINARD, LAGROT, DE MIRLEAU, GOZLAND.

- Avantages indiscutables

- extirpation de la cavité et la réaction conjonctivo-inflammatoire.

- la résection du territoire hépatique porteur du kyste évite une kystectomie au contact des vaisseaux.

- Inconvénients

- gravité de l'intervention,

- sacrifice du parenchyme hépatique récupérable.

GOUINAUD, SULTAN, MODARESSI et MALAMUD ont constaté une absence de mortalité dans les kystes hydatiques du lobe gauche alors qu'il y avait une excessive mortalité de lobe droit, 2 raisons :

a) - la compression de la veine cave,

b) - les dangers d'hémorragies.

Les hépatectomies ont une indication large dans les kystes hydatiques du lobe gauche :

. kyste volumineux,
. kystes fistulisés
} avec un état général bon.

Elles sont très sévères dans les kystes du lobe droit. BOURGEON et GUNTZ considèrent l'hépatectomie typique comme l'intervention idéale en matière d'échinococcose.

- Meilleures indications

- K.H. du lobe gauche
- K.H. volumineux,
- K.H. calcifiés et involués
- K.H. suppurés
- K.H. multiples et juxtaposés,
- K.H. du lobe droit avec destruction totale,
- K.H. volumineux largement ouverts dans les voies biliaires.

Indications discutables

- K.H. de topographie imprécise,
- K.H. comprimant le confluent sus hépatique,
- Kystes affleurant le diaphragme.

- Contre indications

Kystes de volume et de topographie quelconque

Kystes chez les déficiences hépatiques,

Kystes chez les malades ayant un volume fonctionnel restreint.

B - La kystectomie

Faite pour la première fois par POZZI en 1887, les russes proposèrent la méthode en 1936.

Condamnée par DEVE et les chirurgiens Nords Africains

Reconsidérée par les auteurs Sud-Américains, par les Algérois (BOURGEON, CONSTANTINI, RIVES), par les Yougoslaves, les Grecs.

- Avantages considérables

- extirpation du tissu conjonctif détérioré, des vésicules exogènes,

- suture des fistules biliaires éventuelles,

- respect du tissu hépatique normal,

- guérison rapide.

- Inconvénients

- intervention relativement difficile,

- dangers d'hémorragies (BOURGEON préconise en 1961 la splénoportographie préalable qui localise les zones dangereuses.

- Intervention réservée aux sujets résistants avec :

. kystes suppurés, bilieux,

. vieux kystes involués,

. kystes multivésiculaires menacés d'infection,

. kystes qui n'entament pas profondément le foie,

. kystes postérieurs, médians.

- Contre indications

. kystes centraux.

Les compressions cavo sus hépatiques.

Pour B. Karageorgis et Milangos, la kysteetomie constitue la méthode de choix dans les anciens kystes et surtout dans

les kystes calcifiés, ils associent dans certains cas, la kystectomie partielle à l'épiplooplastie.

C - La résection du dôme saillant :

Préconisée par RUSSEL et MABIT,

Reconsidérée par GOINARD et LAGROT.

- Avantages :

. bénignité de l'intervention,
. facilité et rapidité d'exécution,
. aucun risque si hémostase bien faite.

- Inconvénients

L'intervention n'est pas applicable à tous les kystes.

Le kyste doit faire saillie dans la cavité abdominale.

Les kystes fistulisés dans les voies biliaires ne peuvent bénéficier de cette technique.

Elle supprime une partie de la poche mais laisse une autre.

- Indications

Kystes faisant saillie dans la cavité abdominale.

G. BOUCHIT H. L'ALMEZEC, Y. JAFFRY, J. BOTTA, F. BOQUET, A. ROZOY et HERNE critiquant les méthodes chirurgicales qu'ils ont employées sur 17 opérations de kystes hydatiques viscéraux simples et compliqués, estiment que la résection de dôme saillant est la méthode de choix. Elle est efficace, conservatrice, applicable à la quasi totalité des kystes hydatiques du foie, méthode constante et rapide dans ses résultats, évitant la formation des fistules biliaires.

2 - Les méthodes palliatives

Elles sont imparfaites, elles respectent la coque et la cavité comprennent :

a) - la marsupialisation,

b) - la réduction sans drainage,

c) - la réduction avec drainage biliaire,

d) - la kysto-jéjunostomie.

a) - La marsupialisation

Seul avantage : bénignité et rapidité d'exécution d où découle l'adage de CURUTCHET : "l'intervention dure une demi-heure et les suites une demi année".

- Inconvénients :

. suppuration chronique,
. chute de l'édventice dans la cavité (BOURGEON)
. déperdition liquidienne,
. fistules biliaires,
. rétention des vésicules filles,

GOINARD et collaborateurs la considèrent comme méthode d'exception.

b) - La réduction sans drainage

- Avantages :

. facilité,
. bénignité immédiate.

- Inconvénients :

. persistance de la coque,
. survenue des complications ultérieures : abcès du foie, fistules, hémorragies intra-kystiques.

- Indications

. chez des malades fragiles qui ne peuvent pas supporter une méthode radicale apparaissant dangereuse,

. fistules biliaires.

c) - La réduction avec drainage biliaire

Partisans : GOINARD et collaborateurs.

. méthode séduisante mais imparfaite.

Indications :

. kyste avec fistule biliaire très large.

d) - La kysto-jéjunostomie

- Avantages

Assure une évacuation de la poche résiduelle avec si possible son effacement avec le temps.

- Inconvénients

. persistance de la poche
. apparition des complications ultérieures.

- Indications :

2 majeures :

a) - kystes très volumineux que leur siège ou leurs connexions vasculaires ne permettent pas de traiter par une méthode radicale, à cause des lésions droites rétro-ou sus hépatiques.

b) - Les mêmes kystes compliqués d'une ou de plusieurs fistules biliaires.

- Contre indications :

Mauvais état général.

- Les fistules biliaires

C'est la complication la plus fréquente.

GOUINAUD et collaborateurs ont trouvé 14 fistules sur 33 kystes opérés, soit 42, 40 % de fréquence.

GOINARD, PEGULLO et PELISSIER écrivaient :

"C'est en dernier recours la fistule biliaire qui règle l'indication".

Dans les méthodes radicales, la fiscule n'a plus d'importance.

En cas de fistule, pas de résection du dôme saillant, pas de marsupialisation.

La kysto-jéjunostomie n'a pas fait sa preuve, semble indiquée dans les kystes hydatiques compliqués et les kystes fistulisés.

La fistule commande une exploration soigneuse de la voie biliaire principale (sous contrôle radiologique per-opératoire) l'évacuation de tous les corps étrangers accompagnée d'une sphinctérotomie (GOINARD).

Les complications biliaires deviennent majeures en cas d'obstruction de la voie biliaire principale compliquée d'ictère ou d'angiocholite. La majorité des auteurs conseillent de traiter à la fois si l'état général du patient le permet, les deux lésions à la fois.

- Les fistules pleuro-pulmonaires

Ne soulèvent pas de discussions.

- Les fistules duodénales : rares.

Condamnent la marsupialisation.

Choix à faire entre kysto jéjunostomie et fermeture sans drainage.

- La rupture dans le péritoine :

Kystectomie et mise à plat des kystes.

- Les cas particuliers :

a) - Les kystes hydatiques du foie franchement suppurés avec état général inquiétant.

L'on aura recours à l'opération d'exception, la marsupialisation qui peut sauver passagèrement l'opéré et en cas de survie, la guérison pourra apparaître après une longue période de drainage.

Dans l'avenir, une cholérragie persistante imposera une réintervention :

- une sphinctéroplastie ou une kysto-jéjunostomie ou une résection secondaire de l'adventice extériorisée.

b) - Les kystes hydatiques avec ictère par obstruction de la voie biliaire principale.

L'école francaise préconisait la cholédocotomie indispensable et la marsupialisation accessoire du kyste lorsque celui-ci était découvert.

Les écoles argentine et uruguayenne l'abord direct et le drainage du kyste originel sans toucher aux voies biliaires, sauf lorsque le kyste n'était pas découvert, cas où les auteurs préconisaient la cholédocotomie.

GOINARD conseille la sphinctéroplastie totale sans drainage qui permet de traiter le kyste originel et de désobstruer complètement la voie biliaire par l'embouchure cholédoco-duodénale et qui assure en même temps un drainage satisfaisant vers le duodénum.

EN CONCLUSION :

Le traitement chirurgical du kyste hydatique du foie est difficile à codifier compte tenu du polymorphisme des lésions et du retentissement vasculaire et biliaire.

Le traitement des kystes hydatiques suppurés du foie comporte avant tout l'exploration des voies biliaires, l'intervention sur

des lésions canaliculaires éventuelles et en dernier lieu le traitement du kyste originel.

Les méthodes radicales donnent de loin les meilleurs résultats mais elles sont dangereuses.

Les méthodes itératives sont décevantes.

Nous pensons comme M. SADIGH, qu'aucune technique ne peut être recommandée comme opération de choix des kystes hydatiques du foie, car chaque cas nécessite une décision particulière.

oOo

CONCLUSIONS GENERALES

L'observation clinique d'un kyste hydatique du foie est rapportée.

A propos de celle-ci :

I - Sont soulignées tout d'abord les difficultés du diagnostic, dues :

a) - à l'absence d'hyperleucocytose pendant toute la période de début.

b) - à l'action favorable quoique passagère et incomplète d'un traitement de l'émétine.

c) - à la négativité de l'intra dermo réaction de CASONI.

Deux éléments ont été décisifs pour arriver au diagnostic et surtout pour poser l'indication opératoire :

- un antécédent très lointain d'intervention de kyste hydatique pulmonaire joint à la notion de séjour très prolongé en Afrique du Nord.

- surtout les données de la scintigraphie hépatique qui a pu être faite grâce à l'amabilité du Professeur FAUVERT à l'Hôpital Beaujon.

II - Une note rapide des hépatomégalies est ébauchée, dont les caractères principaux sont rappelés.

De celle-ci il y a lieu de retenir avant tout les diagnostics différentiels suivants :

- les abcès du foie (amibiens essentiellement).

- les angiocholites suppurées,

- les cancers à formes fébriles,

- certaines cirrhoses à évolution rapide.

L'existence d'un ictère ayant permis d'éliminer sans discussion les abcès sous-phréniques, les périnéphrites suppurées et les pyléphlébites.

III - Enfin la technique chirurgicale utilisée, qui nous avait été dictée par le Professeur agrégé MAILLARD, nous a permis d'avoir des suites opératoires particulièrement simples et d'éviter une fistule biliaire, complication post-opératoire fréquente et redoutable (du moins autrefois). Cette technique a consisté à aborder la voie biliaire principale.

- l'inciser et ainsi,

- évacuer et drainer la collection qui communiquait largement avec elle. Une sphinctérotomie et la mise en place d'un drain de Kehr ayant complété ce drainage.

- la ponction du trocart de l'abcès à travers le lobe droit du foie, l'injection de formol dans la cavité, puis son ouverture, son aspiration et son drainage, ayant été effectués dans un deuxième temps.

oOo

Vu le Président de Thèse

Pr. LORTAT JACOB

Vu le Doyen de la Faculté

Pr. G. CORDIER

Vu et Permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

J. ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

1 - ALBEAUX FERNET

Diagnostic des hépatomégalies
Encyclopédie médico-chirurgicale tome Foie
Octobre 1959, page 7042 C 10

2 - ALBEAUX FERNET

Syndrome endocrinien
Encyclopédie médico-chirurgicale, tome Foie
page 7014 G 10

3 - A. ALVI et MAGHAMI

Hydatose en Iran.
Revue médicale du Moyen Orient
Mai-Juin 1963, Pages 206-216

4 - C.N. ALIVISATOS, A.N. ROMANOS, G. AVIANIS et BONELLOS

Considérations chirurgicales sur le traitement de l'échinococcose.
Revue médicale, Moyen Orient - Mai-Juin 1963, p.244-5

5 - AVLANIS G. PITSINIS

Valeur de la kystectomie dans le traitement de l'échinococcose hépatique.
Revue médicale Moyen Orient - Mai-Juin 1963
pages 262-264

6 - BENHAMOU J.P. et FAUVERT

Cancer primitif du foie en France à propos de 25 observations.
Semaines des Hopitaux de Paris 1958-34 p. p.121-134

7 - P. BACQUES

Kyste hydatique du foie et ictère.
Semaine des Hôpitaux de Paris, Oct. 1956-22 n°62
pages 3210-3214

8 - BOURGEON H., PIETRI et GUNTZ

Nouvelle acquisition de la splénoportographie en matière d'hydatose hépatique.
Afrique Francaise Chirurgicale (Société des Chirurgies d'Alger), Novembre 1953, pages 359-360

9 - BOURGEON, PIETRI, ARNAUD et GUNTZ

Acquisitions nouvelles au sujet du diagnostic radiologique du kyste hydatique du foie.
Application du diagnostic précoce.
Afrique Francaise Chirurgicale, Juin-Juillet-Aout 1954, pages 341-342

10 - BOURGEON, PIETRI, H. CATALANO et GUNTZ

Mise au point du traitement du kyste hydatique du foie.
Afrique Francaise Chirurgicale
Mars Avril Mai Juin 1959-1960, page 7

11 - BOURGEON, PIETRI, PANTIN, CATANO et GUNTZ

L'indication de la résection hépatique en matière du kyste hydatique du foie.
Afrique Francaise Chirurgicale (Sté Chirurgicale d'Alger) 2 janvier 1954, pages 393-394

12 - BOURGEON et GUNTZ

L'hépatectomie réglée dans le traitement des kystes hydatiques du foie.
Revue internationale d'hépatologie 1960-7 octobre, p. 1070

13 - BOURGEON, PIETRI

Cavités hydatiques résiduelles avec fistules biliaires. Mécanisme du comblement saisi par cholangiographie.
Semaine des Hopitaux de Paris, Année 1952-28, pages 2460-2467

14 - BOURGEON GUNTZ

Les communications bronchiques pulmonaires et pariétales des kystes hydatiques du foie ouverts dans les voies biliaires.
Afrique Francaise Chirurgicale 1958, sept-oct. n15, pages 371-381

15 - BOURGEON et PIETRI

Kyste hydatique du foie gauche ouvert dans les voies biliaires.
Afrique Francaise Chirurgicale 1959, juillet aout, sept. 17 - n° 5, pages 170-172

16 - BOURGEON R. et PANTIN

Le retentissement du kyste hydatique du foie sur les voies biliaires extra hépatiques.
Afrique Française Chirurgicale 1956, nov-déc. n° 6,16

17 - BOURGEON, PIETRI, PAINTAU

Une complication du traitement des kystes hydatiques multiples du foie : la suppuration de la cavité résiduelle.
Afrique Française Chirurgicale 1954, sept.-aout, 12-n°5

18 - BOURGEON, R. et PIETRI, CATALANO

La cholangiographie des kystes hydatiques dissimulés du foie,
Afrique Française Chirurgicale 1952, n° 3 et 4, p.111-113

19 - BOURGEON, PIETRI - CATALANO GUNTZ et APROSIO

La pression des kystes hydatiques du foie, son intérêt.
Afrique Francaise Chirurgicale 1952, n° 3 et 4, p.101-103

20 - BOURGEON

Enorme kyste hydatique du foie, marsupialisation première. Kystectomie secondaire.
Afrique Française Chirurgicale, 1950, oct. nov. dec. pages 260-262

21 - BOURGEON

Les déformations de la face convexe du foie.
Afrique française Chirurgicale (Société de Chirurgie d'Alger), séance du 6.2.1948

22 - F. BLANC et F. SIGUIER

Traitement de l'amibiase, guide clinique et thérapeutique à l'usage des médecins des troupes coloniales d'Extrême Orient, 2è édition 1945, 46 pages 403

23 - G. BONCHIT, H. L'ALMEZER, Y. JAFFRY, J. BOTTA F. BOQUET, A. ROZOY, et N. HERNE

Kyste hydatique du foie à propos du traitement chirurgical.
Bordeaux Chirurgical 2 janv. 1962, p.116

24 - G. BONCHIT, H. L'ALMEZER, A. ROZOY, N. HERNE

Un cas de volumineux kyste hydatique de la rate.
Bordeaux Chirurgical 2 janvier 1962

25 - CACHIN et F. PERGOLA

Maladies du foie et des voies biliaires. Place de la scintillographie radio-active et de la radiologie.
Revue du Praticien 21 avril 1964, pages 1950-1551.

26 - J. CAROLI

Traitement des kystes hydatiques par la méthode de Cuervo.
Archives des maladies de l'appareil digestif 1951, pages 186-187

27 - J. CAROLI et PARAF

Kyste hydatique perforé dans la vésicule biliaire. Problème diagnostique et thérapeutique.
Archives des maladies de l'appareil digestif du 13 juin 1949, pages 965-966

28 - COSTANTINI, BOURGEON, PANTIN et RIVES

Des indications de l'ablation du sac périparasitaire dans le traitement des kystes hydatiques du foie. La kystectomie de routine des kystes suppurés du foie.
Journal de Chirurgie 1950 (mars) pages 132

29 - J. CAROLI, André J. et ZERVOVANNIS

Antibiotiques et suppurations intra-hépatiques camouflées.
Archives des maladies de l'appareil digestif, Mai 1958 n° 42, pages 676-686

30 - J. CAROLI et collaborateurs.

Chirurgie du kyste hydatique du foie.
Revue médico-chirurgicale des maladies du foie, de la rate et du pancréas. juin 1960, 35, n°3, pages 166-168

31 - COSTANTINI

Le kyste hydatique peut détruire le tissu hépatique.
Afrique Française Chirurgicale Avril - Mai - Juin 1950 n° 4, pages 135-137

32 - DEVE

1) - les kystes hydatiques du foie, Paris 1905
2) - l'échinococcose primitive du foie. Masson et Cie, Paris 1949
3) - L'échinococcose secondaire Masson et Cie. Paris 1946

35 - DEVE

L'échinococcose osseuse.
Masson Edi Paris

36 - DEVE

Kyste hydatique et lithiase. Les lithiases échinococciques
Afrique Française Chirurgicale Mars, Avril 1947
n° 2, pages 79-89

37 - R. DUPUY, J. VALLIOR et G. PANIEZ

Contribution apportée par les examens complémentaires au diagnostic d'un kyste hydatique fissuré dans les voies biliaires à forme d'ictère récidivant
Revue Internationale d'Hépatologie Novembre 1961, pages 473-74-75

38 - F. DARNIS

Les angiocholites
Encyclopédie médico-chirurgicale, tome foie, p.7055 A10

39 - R. D'ESHOUGUES et P. MINICONI

L'amibiase hépatique
EMC Foie page 7072 A 10

40 - DEMIRLEAU

Statistique sur l'hydatose pour une période de 20 ans
Revue médico-chirurgicale des maladies du foie. de la rate et du pancréas 1960, pages 151-152-153

41 - DETOURNE

Comment détecter un abcès du foie chez un infecté
Revue du Praticien 1er sep. 1956, 6 - n°22, p.2435-37

42 - FAUVERT R.

Les foies congestifs.
Traité de Médecine, Masson et Cie
Editeurs Paris 1948, 8, pages 225-240

Le foie cardiaque
Encyclopédie médico-chirurgicale, tome Foie 7041 A10
Pages 1 - 2

Physiologie du foie
EMC foie pages 1 à 4

43 - Pr. FERAND

Kyste hydatique de la Thyroïde
Afrique Française Chirurgicale oct. 1959, page 43

44 - P. GOINARD, J. PEGULLO, G. PELISSIER et collaborateurs

Le kyste hydatique. Thérapeutique chirurgicale
Masson et Cie Editeurs, Paris 1960

45 - GOUINAUD, R. SULTAN, H. MODAGESSI et S. MALAMUD (Paris)

A propos du traitement des kystes hydatiques du foie
Revue Internationale d'hépatologie 1961, p. 560, 581

46 - GOUINAUD

Anatomie du foie
EMC tome Foie, pages 1 à 4

47 - GOINARD et collaborateurs

Kyste hydatique du foie rompu dansles voies biliaires
Afrique Française Chirurgicale, Juillet Août 1958,
n° 4, pages 350-353

48 - GOINARD

Bourrage à l'épiploon des grandes cavités hydatiques du foie.
Afrique Française Chirurgicale Mai-Juin -Juillet 1949
n° 56

6è cas de kyste hydatique ouvert dans les voies biliaires traité par fermeture de la poche, après vidange du parasite et drainage par la communication biliaire.
Afrique Française Chirurgicale nov. dec. 1958, n°6, pages 515-516

49 - GUEDJ P., NATHANIELS, GOINARD

Kyste hydatique du foie ouvert dans le canal hépatique droit. Kystectomie associée à une cholédocotomie.
Afrique Française Chirurgicale, mars-avril, mai, juin 1959, 17, n° 2, pages 119-120

50 - ISMAIL KAYABALLI

Traitement chirurgical des kystes hydatiques de la rate
Revue médicale moyen Orient, Mai-Juin 1963, pages 240-241

51 - B. KARAGEORGIS et MILINGOS

La valeur de l'épiplooplastie et de la kystectomie dans le traitement des kystes hydatiques du foie.
Revue Médicale Moyen Orient, Mai, Juin 1963, p.228

52 - LEMAIRE

La cirrhose nutritionnelle.
Encyclopédie médico-chirurgicale tome Foie 7034 C 10

53 - LAGROT, GRECO LAVERGNE et SAYAG

Kyste hydatique du pancréas chez un enfant de 10 ans traité par décapitation de l'adventice.
Afrique Française Chirurgicale oct.1959, p.43

54 - L'ALMEZEC V., JAFFRY F., BOQUET, J. BOTTA

Kyste hydatique et lithiase biliaire
Bordeaux Chirurgicale Janvier 1962, pages 24-27

55 - LIARAS J., HOUEL et G. PELISSIER

Une étape de la migration d'un kyste hydatique du foie vers les bronches. Afrique Francaise Chirurgicale (Société chirurgicale d'Alger), 2 janvier 1954
pages 360-362

56 - LEVASSEUR

Kyste hydatique du foie et kysto-jéjunostomie
Thèse médicale Paris 1962, page 30

57 - LIARAS et FRAILONG

Traitement moderne des kystes hydatiques du foie
Afrique Française Chirurgicale Oct. 1959, p.32

58 - LAPEYRE et P. CARABOLONA

Les fistules biliaires
Encyclopédie médico-chirurgicale tome Foie
pages 1 - 2 - 5

59 - LOEPER et BOUYGUES

Les erreurs de diagnostic de la maladie kystique du foie
Le progrès médical 1945, n° 73, pages 5 - 8

60 - A. LEMAIRE et Ph. SEE

Cirrhose de HANOT
EMC Foie pages 7037 A 10

61 - LEGER L. et BAEZUER

Diagnostic des suppurations intra ou périhépatiques par la splénoportographie
Presse Médicale du 20 2 1957, n° 15 pages 311-318

62 - MINICONI et R. CLAUDE

Abcès amibien du foie
Encyclopédie médico-chirurgicale, maladies infectieuses et parasitaires septembre 1960, page 7.

63 - A. MENDIC

Traitement moderne des kystes hydatiques non suppurés du foie.
Annales de la clinique chirurgicale du Pr. Pierre DELBET

64 - MOUIEL

Les rapports du kyste hydatique du foie avec les voies biliaires.
Thèse Médicale Alger 1961, n° 56

65 - MALGAT

Etude des abcès du foie à la lumière des explorations actuelles.
Thèse médicale Paris 1957

66 - MINICONI P. SALASC

Place de la laparoscopie dans le diagnostic des kystes hydatiques.
Algérie médicale Sept. 1960, n° 9, pages 793-94

67 - MOLINARI

Diagnostic des abcès du foie par la scintigraphie
Thèse Paris 1963 (20 mars)

68 - P. POINSO, H. MONGES, H. PAYAN

La maladie kystique du foie
Expansion scientifique française, sept. 1954

69 - PAPAZIAN ARMINE

Les abcès amibiens du foie. Diagnostic et traitement
Thèse Médicale Paris 1956

70 - PAYET, R. CAMAIN, SANKALE

Le cancer primitif du foie. Encyclopédie médico-chirurgicale, tome Foie, oct. 1960, pages 5, 6

71 - R. PETIBON

Contribution à l'étude de la laparoscopie et de la gammagraphie dans le diagnostic des kystes hydatiques
Thèse Paris 1960, pages 59-60

72 - RIVES J.

Traitement chirurgical de certains kystes hydatiques du foie. La kystectomie et ses indications.
Thèse médicale Alger Juillet 1950, n° 35

A propos de la périkystectomie dans le traitement des kystes hydatiques compliqués du foie
Revue Académie-Chirurgie (15-22 nov. 1961, p.77)

73 - RACASOL Alberto

Kyste hydatique et échinococcose alvéolaire
Thèse médicale Paris 1962, n° 105

74 - M. SADIGH

L'opération de choix des kystes hydatiques du foie
Revue Médicale Moyen-Orient, Mai-Juin 1963, 20 n° 3, pages 264-265

75 - SEBOR, J. RIVES, AZOULAI Cl. ET PLANE

Obstruction cholédocienne par vésicule hydatique révélée par exploration systématique des voies biliaires
Intérêt de la radiomanométrie dans les kystes hydatiques du foie à contenu biliaire
Excellent résultat d'une cholédocotomie idéale
Afrique Française Chirurgicale, Juil-aout 1958, 16, n° 4 pages 367-370

76 - SAYAG Jacques

La résection du dôme saillant de l'adventice dans le traitement des kystes hydatiques du foie.
Thèse médicale Alger 1958, n° 31

77 - J. THIODET et A. FOURRIER

Echinococcose
Encyclopédie médico-chirurgicale maladies infectieuses parasitaires, tome II, octobre 1961, page 7

78 - TOVANOVITEH

Place de la kystectomie dans le traitement des kystes hydatiques du foie
An. Chir. Janvier 1959, n° 13

79 - VAUCEL

Symptômatologie du paludisme
Médecine Tropicale, Editions Flammarion, p. 712

80 - VARANGO

Rupture d'un kyste hydatique du foie en plèvre libre
A propos d'une observation
Thèse Médicale Bordeaux 1961, n° 54

81 - WORMS R.

Les abcès du foie non amibiens
Etiologie et formes cliniques
Revue du praticien 1er, 9, 1956, n° 22, pages 2409-2433

oOo

AGEMP